UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 85

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CENESTOPATHIES

THESE

Pour le DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1949

PAR

Georges MARGUERY

MEMBRES DU JURY.... MM. RISER, *Président.*
SENDRAIL
PLANQUES } *Assesseurs.*
GERAUD
GAYRAL, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve LION & FILS
2, rue Romiguières, 2

1949

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

CENESTOPATHIES

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE-CALVET.

Professeurs honoraires
MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, CLERMONT, LAFFORGUE, SERR GARIPUY

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)

	MM.
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Méd cine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.
Médecine Sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT,
Pathologie exterre	GRIMOUD,

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	POULHES ch. d. f.
Histologie	BIMES, ch. des t.
Médecine	DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique Médicale	MARQUES.
Obstétrique	PONTONNIER, ch. d. f.
Pharmacie	COUTURIER.
Microbiologie	BOUISSET. (Maitre de Conférence)

	MM.
Chirurgie	RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.),
Chimie générale pharmaceutique	BLANC. (Maître de conférence
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU
Odonto-Stomatologie	CADENAT
Neuro psychiatrie	GAYRAL. ch. d f.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET

	MM.
Parasitologie	LASSERRE
Cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BAISSET.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.
Mycologie	MORQUER

Secrétaire de la Faculté .... ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 85

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CENESTOPATHIES

THÈSE

Pour le DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1949

PAR

Georges MARGUERY

MEMBRES DU JURY.... MM. RISER, *Président.*
SENDRAIL, PLANQUES, GERAUD, *Assesseurs.*
GAYRAL, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve LION & FILS
2, rue Romiguières, 2

1949

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MON PERE ET A MA MERE

A Monsieur le Docteur Henri EY

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il veuille bien accepter ce faible témoignage de notre gratitude pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

En gage de notre amical attachement.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RISER

Professeur de Clinique de Neurologie et de Psychiatrie
Officier de la Légion d'honneur
Médaille Militaire

Qui, par son clair exemple nous a appris à mieux connaître et mieux aimer les malades.

Qu'il veuile bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur SENDRAIL

Professeur de Pathologie générale et de Médecine expérimentale

A Monsieur le Professeur PLANQUES

Professeur de Médecine légale et de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

Qui, par la netteté de son enseignement et l'intérêt qu'il a bien voulu nous marquer, a généreusement dirigé nos études médicales.

En témoignage de notre particulière reconnaissance.

A Monsieur le Docteur G. PERRUSSEL

Médecin Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Quimper

Breuty-la-Couronne

(octobre 1942 - octobre 1944)

A Monsieur le Docteur J. PICARD

Médecin Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

Bonneval

(juillet 1946 - mars 1947)

A Monsieur le Docteur P. LOO

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de La Charité-sur-Loire

La Charité-sur-Loire

(octobre 1947 - mai 1948)

A Monsieur le Docteur G. TEULIE

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Maison Blanche

(mai 1948 - mai 1949)

A Monsieur le Docteur J. DUBLINEAU

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Chevalier de la Légion d'honneur

Ville Evrard, (1949)

En témoignage de notre reconnaissance.

PREFACE

La diversité des faits groupés sous le nom de Cénestophathies nous a incité à reprendre ce concept à son origine, à suivre son développement et ses applications dans la pratique médicale.

Considérées comme un trouble sensitif rapporté à une perturbation des voies de projection de la sensibilité organique, il nous a semblé que tout autant que le résultat de telles perturbations, l'originalité des cénestopathies était l'expression de certains facteurs psychologiques extériorisés eux-mêmes à la faveur d'un trouble de la personalité.

Notre pensée n'est point d'affirmer l'origine psychogénétique des troubles et de sous-estimer une « épine organique » que dans notre pratique nous mettons tout en œuvre à découvrir. Cette épine organique, si elle est souvent nécessaire dans la genèse des troubles n'est pas suffisante pour nous donner une pleine compréhension des faits observés : elle n'est qu'un appel d'instances psychologiques mais ne constitue pas ces instances psychologiques.

Dans le cas des cenestopathies l'épine organique peut conditionner la maladie mais n'est pas toute l'originalité de la maladie; elle peut orienter la

maladie comme le font toutes les atteintes du « plan fonctionnel instrumental », mais celles-ci ne se confondent pas avec les atteintes du « plan fonctionnel énergétique », du Moi. Dans cette distinction, comme nous essayons de le montrer dans cette étude, il n'y a pas dualité d'objets, mais dualité de perspectives; dualité qui confère à la Neurologie et à la Psychiatrie leur respective autonomie.

INTRODUCTION

« La sensibilité physique est le dernier terme auquel on arrive dans l'étude des phénomènes de la vie et dans la recherche méthodique de leur véritable enchaînement : c'est aussi le dernier résultat ou, suivant la manière commune de parler, le principe le plus général que fournit l'analyse des facultés intellectuelles et des affections de l'âme. »

(CABANIS : *Rapports du physique et du moral*, p. 78.)

Il est d'usage courant dans le langage médical de parler de cénestopathies, de cénestopathes pour désigner une certaine catégorie de malades, une certaine modalité de troubles où se mêlent tout à la fois l'extériorisation de phénomènes subjectifs particuliers, incontrôlables, et l'absence de cause apparemment saisissable à l'origine de ces troubles.

Ces phénomènes subjectifs se posant d'eux-mêmes comme une réalité immédiatement donnée à la conscience, n'existent que devant une conscience et en demeurent corrélatifs. Pourtant, ce n'est pas en tant que phénomène de conscience qu'ils sont généralement appréhendés; l'analogie des troubles invoqués avec ceux pour lesquels une cause objective explique le déterminisme épuise dans un rapport de causalité tout le syndrome, le vidant de son contenu. Saisissant

intuitivement le caractère original d'un certain état de conscience, d'une situation psychologique particulière, on en néglige l'analyse au profit d'interprétations, d'analogies, de faits qui n'ont entre eux qu'un rapport de probabilité. L'explication du syndrome en domine la compréhension, le limitant à ses aspects immédiatement intelligibles, faussant en quelque sorte sa signification première.

Les phénomènes subjectifs qu'invoquent les cénestopathes paraissent identiques aux phénomènes subjectifs provoqués par une excitation expérimentale des récepteurs sensibles. Cette condition expérimentale, objective, est fondamentale dans la notion de sensation; le phénomène subjectif est une réponse, la sensation une réponse subjective à un mode de détermination objectif [1]. Vidée de son conditionnement objectif comme phénomène subjectif la sensation est une image. Les cénestopathes, dans cette perspective, présentent des troubles subjectifs qui sont des réponses à une modification objective, ou bien ces troubles dont ils se plaignent sont purement imaginaires. On entrevoit dans quels problèmes psychologiques et métaphysiques engage une telle alternative. Loin d'entreprendre ici de tels sujets, nous poursuivrons une étude heuristique des cénestopathies afin d'en comprendre la situation actuelle dans la nosographie médicale.

L'étude du développement du concept de cénestopathie montre d'ailleurs qu'il se trouve engagé dès le début dans un rapport de causalité objective, et toutes les recherches orientées dans ce sens : les cénestopathies sont l'expression d'une perturbation des voies, des centres, de la « sensibilité organique ». Tout

---

1. « La théorie de la sensation, qui compose tout savoir de qualités déterminées, nous construit des objets nettoyés de toute équivoque, purs, absolus, qui sont plutôt l'idéal de la connaissance que ses thèmes effectifs, elle ne s'adapte qu'à la superstructure tardive de la conscience. C'est là que se réalise approximativement l'idée de la sensation ». (MERLEAU PONTY : *Phénoménologie de la perception*, p. 18.)

revient, dans les travaux concernant les cénestopathies, à expliquer les phénomènes subjectifs et l'état psychologique des malades par des modifications objectives auxquelles s'attachent tous les efforts d'analyse.

Les cénestopathies sont, encore de nos jours, engagées dans la même voie que les hallucinations au temps des recherches uniquement mécanicistes de la psychiatrie, — ainsi apparaissent-elles souvent identiques dans leur pathogénie à certaines formes d'hallucinose —, et les troubles psychologiques des cénestopathes, comme secondaires à une perturbation de certaines voies de la sensibilité. De cette perspective est née la notion même de cénestopathie mais il semble que par cette orientation des recherches, le problème psychologique soit demeuré trop effacé ou orienté dans des interprétations trop univoques.

Abandonnant les recherches physiopathologiques habituelles, nous nous attacherons dans cette étude à mettre en évidence certaines conditions psychologiques qui peuvent intervenir dans l'éclosion des troubles. Nous essayerons de préciser les caractères principaux de la personnalité des cénestopathes. Si, en effet, les cénestopathies « essentielles », les seules répondant rigoureusement à la définition de Dupré, dépendent d'altérations « périphériques », elles semblent tout autant être l'expression de particularités psychopathologiques propres à ces malades [2].

La première partie de notre thèse rassemble les principaux éléments de notre documentation. Le deuxième chapitre étant réservé à la critique de quelques problèmes doctrinaux relatifs au concept de cénestopathie, les travaux de Dupré en constituant le principal objet.

Dans la deuxième partie, sont mentionnées quelques observations fondamentales de cénestopathies,

2. Alors même que les modifications de la cénesthésie sont le plus indiscutables, à l'égard de l'état mental, ce ne sont pas ces modifications qui importent, mais la manière dont elles sont accueillies. » (BLONDEL : *La conscience morbide*, p. 282.

montrant que la diversité des troubles décrits ne peut être rangée sous la même rubrique puisque, en fait, le concept de cénestopathie tel qu'il est généralement accepté groupe différents modes d'altérations soit neurologiques, soit psychiatriques. Il convient donc de distinguer le trouble cénestopathique, symtôme neurologique, de la cénestopathie syndrome, du cénestopathe, correspondant à un mode particulier d'altération psychopathique. Que les troubles subjectifs, par le contenu même des allégations des malades, apparaissent comme le résultat d'une atteinte des sensibilités organiques, est une explication commune à celle qui consiste à voir dans les hallucinations le résultat d'une irritation de quelque région cérébrale. Qu'il en soit ainsi dans certains cas n'exclut pas que la structure hallucinatoire (et l'on pourrait parler également de structure cénestopathique) soit incluse dans un mode de pensée psychopathique particulier nécessaire à l'apparition du trouble.

La troisième partie de notre étude est un essai sur l'imagination corporelle. Notre-Corps parait être une donnée immédiate à notre conscience, ainsi qu'un mode de référence de notre réalité et par là même, une dimension structurale de notre personnalité. Enfin, réunissant les traits principaux de la personnalité du cénestopathe, celle-ci se montre marquée de telles perturbations que les cénestopathies, — plus que de simples troubles sensitifs, — semblent être l'expression d'une croyance irréductible en une atteinte organique et par là rejoignent certains délires hypocondriaques dont on sait la difficulté d'ailleurs de les distinguer quelques fois de préoccupations justifiées.

Replaçant ainsi les cénestopathies dans le cadre de troubles psychopathiques, par leurs caractères propres elles gardent leur autonomie structurale, tout en admettant dans leur genèse une explication différente de celle admise par les conceptions mécanicistes de Dupré.

PREMIERE PARTIE

DOCUMENTATION

Isolées et décrites pour la première fois en 1907 par Dupré et Camus, dans un article de « L'Encéphale », les cénestopathies sont l'objet de publications nombreuses jusqu'en 1925, dont les principales sont, en 1911, l'étude de Maillard au Congrès d'Amiens sur les « différentes espèces de douleurs psychopathiques », et en 1914, la thèse de Bavelaer, monographie rapportant de nombreuses observations.

En 1925, Dupré complète et précise la notion de cénestopathie dans son livre « Pathologie de l'imagination et de l'émotivité ».

Toutes ces études d'orientation mécaniciste tendent à montrer que la situation psychologique particulière des cénestopathes est la conséquence d'une altération des sensibilités organiques par atteinte des voies ou des centres de ces sensibilités. « **Les éléments de ce syndrome sont bien connus des aliénistes qui les observent quotidiennement chez leurs malades. Les troubles de la cénesthésie en effet existent très souvent chez les aliénés et figurent comme un des éléments les plus fréquents des psychoses** » [1]. Mais dans cette perspective les phénomènes psychologiques apparaissent comme secondaires, comme une conséquence de cette per-

1. DUPRÉ : *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, p. 292.

turbation « périphérique » et demeurent contingents : « **les réactions morbides (excitation ou dépression, préoccupations hypocondriaques, etc...) conditionnées par les malaises sensitifs ou combinées à eux, en vertu des aptitudes personnelles des sujets, contingentes, peuvent faire défaut et ne font pas partie intégrante du syndrome cénestopathique pur** » [2].

Phénomène d'isolement neurologique, les cénestopathies, fréquentes chez les alienés, restent un phénomène neurologique, (du genre paresthesie) les réactions psychotiques demeurant accessoires et en dehors du syndrome.

En 1914, Blondel, dans l'essai de psychopathologie générale sur la conscience morbide [86] apporte une large contribution à la critique des travaux de Dupré. Pour cet auteur le caractère de « subconscience » et de « résistance à la conceptualisation » de la cénesthésie « l'opposent essentiellement au reste de notre expérience psychologique » [3]. « Les impressions cénesthésiques sont les fondations vivantes, mais les plus souvent inaperçues, de la vie consciente et de la pensée » [4] et « la conscience est morbide dans la mesure où, la décantation cénesthésique ayant cessé de s'y produire, il adhère aux formations de la conscience claire des composantes inaccoutumées, anormalement irréductibles » [5].

En ce qui concerne particulièrement les cénestopathies, Blondel s'oppose à l'interprétation de Dupré : « Les troubles cénesthésiques ne sont pas la cause du délire, puisque c'est de lui qu'ils tiennent toute leur signification, et il est bien difficile d'être sûr que leur signification ne fait pas presque toute leur existence, tant il semble évident que, libérés de l'interprétation qu'ils ont reçue, ils occupe-

2. *Idem*, p. 294.
3. BLONDEL : *La conscience morbide*, p. 279.
4. *Idem*, p. 280.
5. *Idem*, p. 283.

raient peu de place dans la conscience du malade »[6].

En 1922, Dide et Guiraud[7] décrivent des **cénestopathies légitimes.** Elles correspondent à la situation psychologique particulière de malades présentant des lésions organiques saisissables. Le trouble cénesthésique général accompagné des réactions diverses est bien différent des cénestopathies plus spécifiquement neurologiques, fixes, localisées et persistantes décrites par Dupré.

Exprimant une hypothèse sur le mécanisme pathogénique des délires chroniques, M. Guiraud en 1925 [16] montre l'importance des troubles de la cénesthésie dans le déterminisme de certains délires chroniques. Il s'agit au début de dyscénesthésie, d'une perturbation du « sentiment continu du moi à la fois physique et mental dans la trame duquel doivent s'insérer tous les éléments psychiques pour être naturalisés comme personnels »; cette dyscénesthésie est considérée comme un trouble dans « la synthèse d'impressions neuro-végétatives et kinesthésiques ». Alors que Dupré s'attache à montrer que les cénestopathies sont liées à une altération des sensibilités organiques, en somme à des éléments constitutifs de la cénesthésie, M. Guiraud s'adresse à un phénomène d'ensemble, la cénesthésie elle-même dont l'écho psychologique est beaucoup plus vaste allant jusqu'à « forcer » par ses troubles mêmes « l'entrée de la conscience sous forme de transmission de pensée, d'hallucinations de divers ordres ».

« Suivant cette conception, ajoute M. Guiraud, les délires chroniques deviennent des **cénestopathies dystoniques;** cénestopathies parce que l'atteinte siège au-dessus des centres réflexes végétatifs (douleurs psychopathiques) sans altération notable de la santé; dys-

6. *Idem*, p. 171.

7. DIDE et GUIRAUD : *Psychiatrie du médecin praticien*, première édition, p. 217.

toniques à cause de la discordance chronaxique avec l'ensemble des neurones voisins ».

Malgré les divergences dans la conception des cénestopathies entre Dupré et M. Guiraud, les manifestations délirantes au même titre que les cénestopathies apparaissent comme l'expression d'une perturbation de l'activité cérébrale (activité cérébrale prise dans le sens anatomo-physiologique), M. Guiraud « admettant comme un postulat que l'activité cérébrale et la pensée sont des aspects différents d'une même chose ».

En 1927, une étude importante de M. Minkowski [20] envisage le problème psychologique des cénestopathies soulignant les analogies entre certaines cénestopathies caractérisées et les modifications du moi comprises dans la notion d'automatisme mental de de Clerambault.

« Dans chaque tableau clinique, dit M. Minkowski, existe une superstructure psychique, sorte de réaction compensatrice à l'égard de la lésion première représentée par le trouble générateur. Vouloir passer directement de cette superstructure au trouble organique revient au fond à faire un saut périlleux dans le vide »...

« Il existe dans notre vie un phénomène qui paraît être tout à fait équivalent à cette impénétrabilité pour autrui de notre vie intime, c'est l'impénétrabilité pour nous-mêmes ou tout au moins pour nos sens, de notre moi corporel ».

Analysant les faits rapportés dans l'observation d'une malade groupant à la fois des phénomènes cénestopathiques et des phénomènes d'automatisme mental, M. Minkowski précise que « **guidés par le caractère des troubles qu'accuse la malade nous sommes tout naturellement portés à situer d'emblée tout le problème sur le plan des manifestations organiques et de les attribuer à une « cénesthésie » plus ou moins problématique, créée de toutes pièces pour les besoins de la cause, mais le problème n'est pas épuisé**

de cette façon. Loin de là, tout le côté mental se trouve ainsi, d'une façon arbitraire éliminé de la discussion ».

La conscience du moi corporel subit chez la malade étudiée par M. Minkowski « des modifications comparables et analogues à celles qui caractérisent l'automatisme mental par rapport au moi intime. Nous aurions presque envie de dire que si dans l'automatisme mental le malade accuse un viol de l'intimité mentale, **dans certains cas de cénestopathie, du point de vue psychologique, l'intimité du moi physique est violée par le sujet lui-même ».**

Si l'on peut dans cette interprétation saisir une communauté d'origine entre certains phénomènes cénestopathiques et la structure psychologique de l'automatisme mental décrit par de Clerambault, nous pensons que certaines cénestopathies « pures » trouvent également une explication psychologique très voisine de celle exprimée dans la thèse de M. Minkowski, bien que les éléments soient moins saillants et indépendants de tout phénomène d'automatisme mental.

En 1935, MM. Baruk et Racine [30] distinguent des **cénestopathies symptomatiques** et des **cénestopathies essentielles.** Les observations des premières se rapportent à des troubles du schéma corporel par lésions pariétales. L'interprétation des secondes est celle même de Dupré, mais les auteurs mettant en évidence des troubles capillaires périphériques dans le territoire des cénestopathies étudiées chez leurs malades, ils pensent que « les troubles vasculaires locaux constatés dans le territoire des troubles cénesthésiques semblent (donc) être eux-mêmes la conséquence d'une atteinte soit organique, soit simplement dynamique du système nerveux central ».

En 1945, M. de Ajuriaguerra [35] souligne à propos d'un cas de cénestopathie faciale périodique les relations entre « des troubles du schéma corporel

par présence obsédante de certains organes » et l'hallucinose cénesthésique.

En 1946, le même auteur avec M. Hecaen [36] montre la parenté des troubles cénesthésiques dimidiés avec les hémialgies thalamiques : « Bien que nos observations, concluent ces auteurs, fournissent tous les intermédiaires entre la douleur lésionnelle et le trouble hypocondriaque le plus caractérisé mais cependant dimidié, nous ne nous croyons pas cependant autorisés à reconnaître une même origine au syndrome de Déjerine-Roussy et aux dysesthésies des hypocondriaques. Nous croyons seulement que les mêmes systèmes sont en cause. Mais tandis que dans les atteintes de la couche optique ou de tout autre niveau organique la crise dans le système qui sous-entend la douleur entraîne une attitude psychique propre au niveau où s'est produite la désintégration et une topographie des algies obéissant aux lois de l'anatomie et de la physiologie nerveuse, dans les psychalgies où la désintégration n'est plus d'ordre anatomique ce sont habituellement dans des « unités anatomiques symboliques » (Von Monakow et Mourgue) qu'apparaissent les troubles déterminés par des perturbations des instincts, elles-mêmes responsables du symbolisme des zones d'apparition ».

« Si l'on admet avec Von Monakow et Mourgue que des atteintes répétées de l'instinct entraînent par leur cumulation lentement effectuée une « condensation de l'énergie nerveuse », on comprendra qu'à un moment celle-ci irradiant dans des systèmes divers puisse y réaliser de véritables phénomènes d'isolement. Un grand nombre de facteurs peuvent contribuer à déterminer le système en cause : nature des atteintes instinctives, intensité et fréquence de ces atteintes, constitution antérieure du sujet, situation vitale à laquelle il était lié au moment où s'est produite la stimulation, points de résistance de l'organisme ».

« De cette manière s'expliquerait que, si, ordinairement les caractères et la topographie des dysesthésies

lésionnelles les séparent nettement des troubles cénesto-pathiques, dans des cas exceptionnels ceux-ci puissent réaliser des tableaux similaires ou très voisins; de même que le trouble lésionnel peut, en raison même peut-être de son peu d'intensité, se réfléchir à la conscience de façon inhabituelle et modifier ainsi profondement la personnalité parfois déjà fragile, se rapprochant alors étrangement des troubles instinctuels ».

Enfin complétant cette documentation, MM. Riser, Gayral, Laboucarié et Pigassou [38] rapportent en 1948 des observations de cénestopathies en relation avec des compressions vertébrales. Mais si l'épine organique déclenchante de ces cénestopathies permet d'en expliquer la localisation, les phénomènes psychologiques et plus particulièrement hypocondriaques chez le malade de la première observation, ainsi que l'expression même des troubles, laisse le champ libre nous semble-t-il à d'autres modes d'explication, au même titre d'ailleurs que les observations de Dupré.

LES TRAVAUX DE DUPRE

« Ces anciennes et ordinaires opinions me reviennent encore souvent en la pensée : le long et familier usage qu'elles ont eu avec moi leur donnant droit d'occuper mon esprit contre mon gré, et de se rendre presque maîtresses de ma créance, et je ne me désaccoutumerai jamais de leur déférer et de prendre confiance en elles, tant que je les considérerai telles qu'elles sont en effet, c'est à savoir en quelque façon douteuses... et toutefois fort probables, en sorte que l'on a beaucoup plus de raison de les croire que de les nier. C'est pourquoi je pense que je ne ferai pas mal, si prenant de propos délibéré un sentiment contraire, je me trompe moi-même, et si je feins pour quelque temps que toutes ces opinions sont entièrement fausses et imaginaires. »

(DESCARTES : *Méditation Première.*)

I. — Description du Syndrome

« Un grand nombre de malades souffrent de troubles cénestopathiques purs, exempts de toute interprétation délirante. Ces sujets ne vont pas chez le psychiatre chercher le soulagement de leurs malaises, mais bien chez leur médecin habituel, et celui-ci après avoir constaté le caractère insolite des souffrances qu'on lui décrit, adresse son client à tel ou tel spécialiste, suivant le siège des troubles sensitifs

ou fonctionnels constatés. L'oto-rhino-laryngologiste, l'oculiste, le gynécologue, l'urologiste... constatant l'absence de toute lésion dans l'organe ou la région dont souffre le sujet engagent le malade à consulter le neurologiste. Celui-ci habitué au récit de telles doléances et édifié par l'examen négatif du système nerveux, conclut le plus souvent à la nature hystérique, neurasthénique, psychasthénique ou hypocondriaque **d'un mal dont la désignation difficile à préciser** ne s'accomode qu'imparfaitement des termes d'algie, topoalgie, odynie, paresthésie, névralgie, névralgisme.

« Or, d'une part, l'examen des sujets ne permet de constater chez eux le plus souvent aucun symtôme d'hystérie, de neurasthénie, d'hypocondrie; **le syndrome se réduit ordinairement au trouble sensitif plus ou moins localisé à une région déterminée que les malades s'efforcent de décrire toujours à peu près dans les mêmes termes** aux différents médecins qu'ils consultent.

« D'autre part, analysé en lui-même, le syndrome ne répond à aucune des déterminations proposées : d'abord il ne correspond à aucun territoire nerveux anatomique, à aucune région fonctionnelle définie; ensuite il n'est pas caractérisé par la douleur : il ne mérite donc pas le nom d'algie ou d'algisme. Proches parentes des algies, souvent associées à elles, **les cénestopathies sont plus voisines des paresthésies que des douleurs,** elles apportent à la conscience du sujet non pas les vibrations lancinantes, pongitives, excruriantes, etc... qui caractérisent la douleur; mais la gêne, le trouble, l'inquiétude, **le tourment, que provoque la perception consciente d'une altération organique inexplicable** » [1].

De cette description magistrale de Dupré se dégage le trouble cénestopathique dans toute son originalité : d'une part, toujours selon Dupré, « si les cénesto-

1. DUPRÉ : *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, p. 296.

pathes se préoccupent beaucoup de leur malaises, ils sont dans leur droit. Ils ne délirent pas. Ils n'édifient pas de système pathologique sur leurs troubles sensitifs... »[2]; d'autre part ils ne présentent aucune affection somatique décelable justifiant l'apparition des troubles qu'ils présentent.

Dès lors, quelle est l'origine de ces maux ? N'est-elle pas purement imaginaire ? Ce serait attribuer à des facteurs psychologiques un rôle déterminant que l'on ne saurait leur accorder, dans une telle perspective, tout en reconnaissant que « plus rarement les cénestopathies peuvent reconnaître une origine imaginative... »[3]. Aussi n'acceptant à la base du syndrome ni une origine somatique « périphérique », ni une organisation psychologique particulière, reconnait-on le plus souvent à l'origine des cénestopathies « des perturbations de la sensibilité des organes ».

Cette hypothèse repose sur un syllogisme mécaniciste dont les propositions appellent une révision que nous nous proposons d'amorcer dans cette étude: Les sensibilités organiques ont des voies de conduction au même titre que les autres sensibilités. — Les cénestopathies ne sont le fait ni d'altérations périphériques ni de perturbations psychophatiques. — Donc les cénestophaties sont la conséquence d'une lésion ou d'une perturbation des voies centrales de la sensibilité organique[4].

Nous voyons ce syllogisme impliqué dans toutes

2. *Idem*, p. 301.
3. *Idem*, p. 300.
4. « Quand par une espèce de complaisance pour les suggestions des sciences biologiques, les psychologues ont essayé de se représenter la conscience organique, leur première hypothèse a-t-elle été de concevoir la cénesthésie, l'expérience interne, à l'image de l'expérience externe, telle que la collectivité l'a adaptée à sa pratique, comme une somme et une synthèse d'éléments discrets et rigides qui, pour être passés dans le subconscient, n'y conservent pas moins cette forme et ce caractère. » — « Si donc, il est évident que la cénesthésie existe, il nous paraît non moins évident qu'il est extrêmement difficile, sinon impossible, de la concevoir, sans la fausser, à l'image des sensibilités externes. » (BLONDEL, ouvrage cité, p. 278.)

les observations de cénestopathies. Si le syndrome cénestopathique a une certaine autonomie avec des caractères symtomatiques propres, c'est le mérite de Dupré d'en avoir saisi les traits originaux, les distinguant d'une part des névralgies, des douleurs d'habitude... et d'autre part des douleurs présentées par les neurasthéniques, les hystériques et les hypocondriaques. Mais aux caractères descriptifs du syndrome, les interprétations de Dupré ont imposé une conception pathogénique, toujours admise au moins implicitement, dont il nous semble utile d'en préciser et la genèse et le contenu.

2. — Situation nosologique initiale des cénestopathies

Il n'est point de notre dessein de retracer les étapes principales du développement mécaniciste de la psychiatrie au cours desquelles s'inscrit la majeure partie des travaux psychiatriques du XIXème siècle et du début du XXème [5]. Il convient de se souvenir simplement que la psychiatrie de cette époque, à laquelle appartient Dupré, s'appuie sur des conceptions psychologiques atomistiques, expliquant le tout par la partie, « comme l'on pourrait dire par exemple en schématisant à outrance que l'hallucination explique le délire, le trouble moteur la catatonie », (H. Ey.) l'anesthésie, le délire des négations, l'hypercénesthésie, les cénestopathies.

Une telle doctrine saisit dans la lésion l'explication du symptôme et par là le vide de tout son contenu psychologique; l'excitation des « centres » suffit pour expliquer l'hallucination tout comme l'altération des « voies de projection » est la clef des troubles sensitifs subjectifs invoqués dans les cénestopathies.

5. M. H. Ey : *Etudes Psychiatriques.* (Desclée de Brower, 1948.)

Enfin, cette conception mécaniciste aboutit à « une identification pure et simple des troubles psychiatriques aux troubles neurologiques conçus eux-mêmes sur le plan mécaniciste, comme des phénomènes partiels. élémentaires, sans rapport avec la vie psychique » (H. Ey.) enrichissant la nosographie psychiatrique d'entités multiples elles-mêmes basées sur ces phénomènes élémentaires. Il en est ainsi des cénestopathies qui s'inscrivent à côté de certaines formes de délires, près des hallucinations cénesthésiques dans un groupe de troubles dus aux perturbations de la cénesthésie.

Il suffit de rappeler quelques travaux antérieurs à la première description des cénestopathies pour en comprendre la situation initiale apprehendée dans une conception organiciste :

Pour **Luys,** « chaque partie du corps est reliée à un point particulier du **centre cénesthétique.** Quand, par suite du progrès des lésions de périencéphalite diffuse, un point quelconque du centre cénesthétique (non pas par la désorganisation, mais par l'ischémie) ce point ne fonctionne plus pour un temps, il en résulte que la partie du corps en relation avec ce point du centre cénesthétique devient absente du moi et le sujet, malgré ce que lui apprennent ses sens extérieurs, en nie absolument l'existence »[6]. On conçoit quelle est la genèse dans cette théorie des idées de négation. Quant aux idées hypocondriaques, elles ont pour cet auteur « leur origine dans des sensations perverties irradiées de la périphérie viscérale »; Luys accordant également dans leur genèse « une importance particulière aux lésions cérébrales qui atteignent les centres où s'élaborent ces sensations ».

Seglas, dans l'étude des délires de négation, sans leur attribuer un rôle univoque souligne l'importance de ces troubles dans la genèse de certains états psy-

6. SEGLAS : *Le délire des négations,* p. 201.

chopathiques étudiés dans son ouvrage. Rappelant ce qu'est la cénesthésie il précise « qu'il faut bien admettre, en effet, que **dans le tableau de nos représentations mentales, quelque chose correspond à notre corps, à nos viscères, à leur fonctionnement et que ce quelque chose peut s'altèrer** »[7], et que « si les sens externes sont l'origine principale de la connaissance, c'est le sens organique, le sens du corps (coenesthétique), quelque vague qu'il soit d'ordinaire qui est à la base de l'individualité psychique ». Si Seglas tient grandement compte des troubles cénesthésiques à l'origine des troubles psychopathiques, il ne s'enferme pas dans une interprétation purement mécaniciste apsychologique. Il suffit pour s'en persuader de relire le chapitre consacré à la sémiologie des affections mentales dans le Traité de Gilbert-Ballet. Toutefois il est intéressant de voir l'importance accordée à la cénesthésie par cet auteur dans « Le délire des négations ».

Empruntant la théorie « psycho-physiologique » de Storch-Foester, **Deny** et **Camus** [62] aboutissent à des conclusions très voisines de celles de Luys. Si chez ce dernier auteur l'atteinte du centre cénesthésique expliquait tout à la fois les idées de négation et les idées hypocondriaques, nous voyons se réunir dans « une forme d'hypocondrie aberrante » décrite par Deny et Camus « la perte de conscience du corps » qui est déterminante, et des « troubles parafonctionnels de la somatopsyché qui constituent le domaine de l'hypocondrie proprement dite ».

Le syndrome étudié par Deny et Camus est envisagé par ces auteurs « **comme un trouble particulier de la coenesthésie, comme une variété de cénesthésiopathie** », en admettant les composantes psycho-physiologiques de la cénesthésie selon les théories de Wernicke-Storch que nous reprendrons ultérieurement.

Au point de vue psychiatrique, ces travaux donnent toute importance à « l'origine périphérique des psy-

7. *Idem*, p. 74.

choses » se référant au travail de de Buck à ce sujet [91].

Ces faits méritent d'être signalés, car après la description de cette forme particulière d'hypocondrie (travaux de 1905) faite d'hypocénesthésie, « d'acénesthésiopathie », la signification des cénestopathies apparait comme la réplique des troubles de la cénesthésie enregistrés dans les délires de négation et l'hypocondrie, comme une hypercénesthésie dont l'expression en caractères originaux la scinde des troubles hypocondriaques, mais dont la physiopathologie garde de nombreux points communs.

En 1905 également, dans « l'étude pathogénique des rapports existant entre les symptômes hypocondriaques et les troubles de la coenesthésie », **Roy** au Congrès de Rennes [57] montre l'importance, dans la genèse de l'idée hypocondriaque, de l'élément viscéral, sympathique, périphérique; l'idée hypocondriaque ne se développant « que grâce à la coexistence de deux facteurs pathogéniques : d'une part d'une constitution psychique spéciale, d'autre part de troubles de la coenesthésie » [8].

Nous voyons dans toutes ces études contemporaines de la première description de Duprè, les troubles de la cénesthésie constituer un élément déterminant dans la genèse des délires de négation, de l'hypocondrie. D'une commune origine physiopathologique, empruntant ses caractères à l'une et à l'autre, les cénestopathies s'en séparent nettement sans toutefois se dépouiller completement des caractères originels qui les ramènent toujours dans le groupe des affections « cénesthésiques » dont elles sont nées.

---

8. Roy : *De l'Hypocondrie*, p. 150.

3. — De la notion de cénesthésie

> « Il n'y a pas un médecin qui se respecte qui n'explique n'importe quoi par la cénesthésie. Du moment qu'il a prononcé le mot, tout est clair. »
>
> (JANET [78] : *L'Evolution psychologique de la Personnalité*, p. 34.)

La notion de cénesthésie, fort en vogue à l'époque des travaux de Duprè, permettait une explication sensualiste et mécaniciste de certains troubles psychopathiques. Mais en fait qu'est-ce que cette cénesthésie d'ailleurs « plus ou moins problématique » ? [9] La cénesthésie est d'abord pour Reid, Condillac, Hamilton, Maine de Biran le « sentiment fondamental de l'existence », de « l'existence sensitive », le « sens vital », dont les caractères psychologiques demeurent assez confus. Ce terme désigne soit « toutes les sensations données ensemble, comme le concert qu'elles forment », soit, dans l'acception courante, « un certain ordre de sensations, à savoir les sensations organiques ou internes ». Cette dernière acception semble avoir prévalu dans le langage médical, « la cénesthésie n'étant plus la résultante de toutes les sensations mais de quelques-unes seulement, devenant un sens spécial, celui qu'on a appelé organique ou interne » [10].

Utilisé déjà par Peisse dans ce sens, Herzen [100] maintient cette distinction donnant à « la totalité de ce qu'un individu sent à un moment donné » le terme de panesthésie, — alors que la cénesthésie est pour cet auteur « l'ensemble des sensations viscérales ou organiques ».

---

9. MINKOWSKI : *Contribution à l'étude du 'Syndrome d'automatisme mental.* (*A. M. P.*, 1927.)

10. DUGAS : *La Cénesthésie.* (*J. de Psychol.*, 1924.)

Une fois admise cette cénesthésie on lui voit accorder le « rôle de base première de notre personnalité », mais les éléments constitutifs de cette cénesthésie demeurent physiologiquement difficilement accessibles.

Wernicke, Storch et Foerster donnent une explication sensualiste de la conscience du corps : « toute perception sensorielle étant composée de deux éléments; un élément spécifique ou sensoriel et un élément organique ou myopsychique constitué par la sensation de l'activité musculaire, du mouvement exécuté par l'organisme pour adapter l'appareil sensoriel à l'excitant et réaliser les meilleures conditions de perception. Les perceptions sensorielles ont donc pour concomittant indispensable des sensations organiques auxquelles revient le rôle le plus important dans la connaissance du monde extérieur et des phénomènes de notre propre organisme » [11]. Cette theorie adoptée par Deny et Camus [62] rapporte la conscience du corps à certains éléments constitutifs des données sensitives et aux perturbations de ces apports sensitifs des syndromes de dépersonnalisation et de cénesthésiopathie (forme d'hypocondrie aberrante). C'est cette voie d'interprétations physiologiques que devait emprunter Dupré dans la description des cénestopathies.

C'est encore aux apports sensitifs que l'on accorde à cette période la qualité de spatialisation : « Je donnais le nom de sens de l'espace à toutes les parties de la sensibilité tant périphériques que centrales qui contribuent à définir l'orientation objective et l'orientation subjective » (Bonnier) [61]. Sans doute dans une telle perspective notre conscience se double-t-elle d'un « sens psychique de l'espace », mais ce sens n'est encore que la résultante d'impressions périphériques [12].

---

11. DENY et CAMUS [62] : *Revue Neurologique*, 1905, p. 461.

12. Pour la phénoménologie qui joint l'extrême subjectivisme à l'extrême objectivisme dans sa notion du monde, toute sensation est effectivement spatiale, mais elle l'est comme le remarque

Cette notion de spatialisation incluse dans la conscience de notre corps dans ces données sensitives [13] permet à M. Soula de définir dans son récent précis de physiologie [110] la cénesthésie comme « la conscience de la position des membres par rapport au corps, du corps par rapport à l'espace ». Cette dernière définition de la cénesthésie souligne la parenté des notions de schéma corporel et de cénesthésie d'ailleurs déjà pressentie dans les travaux de Bonnier, de Wernicke et Storch, de Deny et Camus.

L'image de notre corps, le schèma corporel est pour Lhermitte le « sentiment complexe (mais fort et toujours présent à la frange de notre conscience) de notre personnalité physique ». La plupart des définitions de la cénesthésie ne diffèrent pas de cette dernière. Si « la plus immédiate propriété de l'âme c'est le corps » (Bertrand) [72], la cénesthésie en est la sensation globale et l'image de notre corps le schéma, mais « ce schématisme de l'entendement qui est relatif aux phénomènes et à leur simple forme est, dit Kant, un art caché dans les profondeurs de l'âme humaine dont il sera bien difficile d'arracher à la nature et de révéler le secret » [14].

Si enfin la notion de schéma se situe dans une appréhension psychologique des faits, la sensation, la cénesthésie demeure toujours attachée à son conditionnement objectif, physiologique et apsychologique.

M. Merleau Ponty « non pas parce que la qualité comme objet ne peut être pensée que dans l'espace, mais parce que, comme contact primordial avec l'être, comme reprise par le sujet sentant d'une forme d'existence indiquée par le sensible, comme coexistence du sentant et du sensible, elle est elle-même constitutive d'un milieu de coexistence, c'est-à-dire d'un espace. » (Ouvrage cité, p. 255.)

13. De ces données sensitives « qu'on saisit avec les sens, mais nous savons maintenant que cet *avec* n'est pas simplement instrumental, que l'appareil sensoriel n'est pas un conducteur, que même à la périphérie l'impression physiologique se trouve engagée dans des relations considérées autrefois comme centrales ». (MERLEAU PONTY, ouvrage cité, p. 17.)

14. REVAULT D'ALLONNES : *La schématisation. Traité de Psycho.* DUMAS, T. IV.

La cénesthésie, donnée sensitive immédiate globale de notre corps, référence confuse et toute qualitative, peut être pourtant considérée sous deux aspects différents : ou bien elle apparait comme un contenu psychologique propre dont les composants ne se laissent pas réduire à des éléments purement physiologiques; ou bien elle est une réaction physiologique, un mode particulier de sensation, réponse de modifications organiques saisissables qui peut être reproduite expérimentalement au même titre que d'autres réactions étudiées objectivement [15].

C'est à ne pas distinguer ces deux aspects, confondant les données de l'un et de l'autre, que sont nées les interprétations psychopathologiques irrecevables concernant tant les cénestophaties que les autres « affections cénesthésiques » vues au chapitre précédent.

Qu'avec M. Guiraud [16] l'on distingue dans la conscience que nous avons de notre moi corporel le sentiment d'être, la sensation d'avoir un corps et la conscience réfléchie de l'existence de notre corps; ces trois formes d'appréhension psychologique de notre corps demeurent, dans les interprétations qu'en donne cet auteur, un mode de compréhension physiopsychologique dans lequel les faits physio-

15. « Du point de vue psychologique, la cénesthésie est un ensemble où nous ne démêlons point de parties. L'existence de sensations cénesthésiques élémentaires est donc une hypothèse physiologique, nullement une constatation psychologique. Il est évident que des sensations internes se détachent constamment sur le fond cénesthésique, mais elles empruntent alors des caractères représentatifs, elles s'objectivent au mieux de leurs moyens et, par conséquent, ne s'isolent et ne s'individualisent qu'en perdant pour autant de leur caractère cénesthésique... Il apparaît qu'il y aurait bien des inconvénients à définir la cénesthésie en énumérant une série de sensations internes, puisque, d'une part, la cénesthésie semble bien psychologiquement antérieure aux éléments dont on voudrait la composer et que d'autre part, ces éléments n'acquièrent de réalité et d'individualité conscientes qu'en se dépouillant en partie de leur caractère cénesthésique et ne pourraient donc, en s'additionnant sous cette forme, constituer la réalité dont ils sont issus. » (BLONDEL, ouvrage cité, p. 276.)

16. GUIRAUD : Troisième ventricule et psychisme, *A. M. P.*, 1944, p. 392.

logiques n'ont qu'un caractère de probabilité et où les états psychologiques sont réduits à de purs épiphénomènes. L'originalité du fait psychologique de la conscience de notre corps ne semble pas pouvoir être épuisée dans les théories sensualistes ou schématistes. Sans méconnaître la participation organique possible de tel ou tel syndrome, en particulier des cénestopathies, il semble que la structure psychologique propre de la conscience de notre corps intervient également dans de tels syndromes.

Par cette structure psychologique, indépendante en soi du substratum organique, les cénestopathies apparaissent dès lors non comme une atteinte « des voies de la sensibilité organique », mais comme un mode particulier d'altération psychologique, le syndrome décrit par Dupré gardant toute son originalité mais prenant de ce fait une autre signification.

4. — De la définition des cénestopathies

Le terme cénestopathie définit « l'altération de la sensibilité commune ou interne ». Si cette définition étymologique caractérise « les troubles des éléments primaires de la sensibilité organique, les vibrations pénibles émanées de tel ou tel territoire cénesthésique »; « le nom qui conviendrait le mieux au syndrome que nous étudions ici, dit Dupré, serait celui de paresthésies qui désigne les perversions de la sensibilité; mais ce terme est bien trop compréhensif. **Les cénestopathies ne sont qu'une espèce du genre paresthésie** qui comprend bien d'autres variétés d'altérations objectives et subjectives de la sensibilité » [17].

Les cénestopathies apparaissent dans cette définition comme des troubles particuliers de la sensibili-

17. DUPRÉ : *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, p. 296.

té subjective qui, par leur qualité, diffèrent des paresthésies; mais au même titre que ces dernières elles ont la valeur d'un **symptôme,** c'est-à-dire d'un phénomène qui révèle un trouble fonctionnel ou organique.

Il convient de remarquer que cette définition la plus stricte des cénestopathies contient :

— d'une part l'acceptation « à priori » d'une analogie entre la sensibilité organique, interne, et les sensibilités subjectives superficielles (thermo-algésie, tact) ; l'altération des unes étant à l'origine des paresthésies, l'altération des autres, des cénestopathies.

— d'autre part, une extrapolation, définissant tout à la fois un trouble élémentaire et un ensemble symptomatique, un **syndrome** dont Dupré dans la majeure partie de ses travaux sur les cénestopathies a tenté de fixer les limites. Dès l'origine, le terme de cénestopathie contient une double acception traduisant soit un symptôme au même titre que les dysesthésies, soit un syndrome, une entité clinique originale. La liaison des deux ordres de faits, insensible dans l'interprétation mécaniciste initiale, nous parait être aujourd'hui l'origine d'une confusion persistante. En effet, si aux points de vue étymologique et pathogénique les termes de la définition parviennent à circonscrire le trouble élémentaire, le symptôme; au point de vue clinique la définition est insuffisante, ne pouvant englober totalement l'entité nouvelle : le syndrome, né par hypostase du trouble particulier, élémentaire. Le terme de cénestopathie dans ce dernier cas contient certes le symptôme puisqu'il est l'agent déterminant, mais aussi les caractères psychologiques généraux exprimant les réactions de toute la personnalité des sujets atteints de cénestopathies. Pour ces sujets le symptôme n'est qu'un élément, leur originalité se signalant par une situation particulière anormale de toute leur personnalité, c'est-à dire dans un syndrome psychiatrique.

De la cénestopathie signe neurologique élémen-

taire, nous passons insensiblement aux cénestopathes qui « sont parfois dans la même situation que beaucoup d'aliénés qui ne trouvent dans le langage normal aucun moyen d'expression capable de traduire les anomalies de leurs sensations et de leurs sentiments, et à plus forte raison le sens nouveau de leurs orientations affectives et de leurs systèmes intellectuels; ces synthèses représentent, en effet, le résultat par essence inexprimable d'une activité psychique troublée dans la qualité originelle et dans le mode d'élaboration des éléments de la connaissance » [18].

A considèrer avec rigueur l'expression clinique des deux termes extrêmes contenus dans la définition nous verrons des sujets présentant un trouble cénestopathique ne pas être des cénestopathes et d'autre part des « cénestopathes légitimes » ne pas présenter de cénestopathies. C'est dire avec quelles réserves il convient d'envisager cette notion de cénestopathie.

18. DUPRÉ, ouvrage cité, p. 297.

DIVERSITE NOSOLOGIQUE DES CENESTOPATHIES

Cénestopathies et dysesthésies

Hormis les considérations doctrinales envisagées précédemment, quels sont les caractères cliniques majeurs des cénestopathies ? Ils se résument :

1) en l'allégation par les malades de « sensations anormales, à caractère plutôt pénible et gênant que douloureux, — sensations localisées, circonscrites à un certain territoire, et dont la durée persistante les inquiète ».

2) par le caractère anorganique, l'absence de toute lésion locale pathogène saisissable.

3) par leur existence autonome, exempte dans les cas purs et typiques de toute réaction psychopathique associée.

« Si les cénestopathes se préoccupent beaucoup de leurs malaises, ils sont dans leur droit. Le supplice qu'ils endurent légitime leurs soucis et leurs doléances. En décrivant leurs pénibles sensations, ils ne délirent pas. Ils n'édifient pas de système pathologique sur leurs troubles sensitifs, et n'en présentent pas une explication plus absurde que les sujets normaux qui essaient d'interpréter le mécanisme de leurs souffrances. Ils ne croient pas à l'origine extranaturelle de leurs malaises : ils se bornent à les exposer et à s'en plaindre, ils en reconnaissent le caractère morbide,

cherchent à les guérir et à les soulager, comprennent les raisonnements, acceptent les consolations et ne formulent pas plus d'idées délirantes que les sujets atteints de névralgies chroniques » [19].

En somme, le tableau clinique du syndrome cénestopathique est constitué par des troubles sensitifs subjectifs à caractère non douloureux mais pénibles, localisés et persistants. En quoi ces troubles diffèrent-ils des dysesthésies si ce n'est par l'absence reconnue de toute cause organique ? « Les sensations anormales qu'accusent le plus souvent les malades présentant des dysesthésies, selon Dejerine, sont des sensations d'engourdissement, de fourmillement, de picotement, de vibrations occupant le plus souvent un membre dans toute sa longueur, surtout les extrémités et parfois une partie plus ou moins étendue de la surface du tronc. Certains malades disent qu'ils ont une sensation de chaud, de mouillure de la peau, de bain chaud, de vibrations électriques, etc. » [20]

Si la bizarrerie des sensations et le langage imagé employé par de tels malades pour décrire leurs troubles font penser aux cénestopathies, ce qui les distingue en définitive de ces dernières c'est l'origine lésionnelle reconnue pour les dysesthésies. Dès lors ne doit-on pas réserver le nom de cénestopathies qu'aux cas semblables mais dont l'origine nous échappe et que nous qualifions d'« essentiels » ? Le terme de cénestopathie masque simplement notre ignorance. A définir ainsi ces troubles sensitifs, à caractériser leur autonomie par l'absence de cause décelable, on risque fort de voir les cénestopathies disparaître des cadres nosologiques à mesure qu'avanceront les connaissances médicales. Que de nouvelles entités cliniques couvrant de leur étiologie, de leur physiopathologie précisées les troubles sensitifs considérés jusque là comme anorganiques, les cénestopathies,

19. DUPRÉ, ouvrage cité, p. 301.
20. DEJERINE : Semiologie des affections du système nerveux, deuxième édition, p. 724.

de ces affections, entreront dans le cadre des dysesthésies. Les cénestopathies dans leur acception générale deviennent ainsi de dysesthésies attendant leur preuve, des dysesthésies « cryptogénétiques », des dysesthésies d'attente.

Ces caractères négatifs ne suffisent donc pas pour limiter le syndrome décrit par Dupré. « Les cénestopathies méritent d'être soigneusement distinguées des autres troubles douloureux ou paresthésiques (de la sensibilité) et d'être individualisées sous un vocable qui désigne au médecin un syndrome si particulier et si intéressant à connaître » [21]. (Précisons que selon Dejerine les sensations spontanées, non douloureuses sont décrites en Allemagne sous le nom de paresthésien. Alors que Dejerine [22] reserve ce nom de paresthésies à toutes les modifications objectives dans la perception, autres que l'anesthésie ou l'hyperesthésie. Aux troubles subjectifs de la sensation que nous envisageons ici l'on donne en France, depuis Dejerine, le nom de dysesthésies; ce terme correspondant aux paresthésies décrites par Dupré).

Cénestopathies et préoccupations corporelles systématisées

Nous avons vu que selon Dupré, « le nom qui conviendrait le mieux au syndrome que nous étudions ici (le syndrome cénestopathique) serait celui de paresthésies. Les « cénestopathies » ne sont qu'une espèce du genre « paresthésie », qui comprend bien d'autres variétés d'altérations (objectives et) sujectives de la sensibilité, et méritent, parmi tous ces troubles d'être individualisées au nom de caractères particuliers, qu'il suffit de résumer pour en montrer la spécifité clinique » [23].

---

21. DUPRÉ, ouvrage cité, p. 304.
22. DEJERINE, ouvrage cité, p. 785.
23. DUPRÉ, ouvrage cité, p. 296.

Mais ces « caractères particuliers » sont-ils si aisément saisissables ? Si la qualité des sensations est la même dans les dysesthésies et les cénestopathies, aboutissant même à leur identification, à la qualité s'ajoutent donc d'autres caractères : les dysesthésies correspondant le plus souvent à des troubles sensitifs au niveau des membres alors qu'au tronc et à la tête, et principalement sur ces territoires ont lieu les cénestopathies.

Si d'autre part, avec M. Minkowski nous constatons « que la notion de schéma corporel a pour origine des troubles concernant avant tout les membres : membres fantômes, membres paralysés, — la corporalité comporte, en dehors des membres, encore le tronc et la tête. A première vue déjà, ceux-ci se signalent, pour ce qui est de notre corporalité, par des caractères différents de ceux-là. Agents de locomotion et d'execution, les membres servent le tronc et la tête, siège d'expériences et aussi de vie internes, tout en formant avec eux un tout, à savoir notre corporalité et par délà, notre personne »[24]. Nous voyons que ces caractères particuliers des cénestopathies loin d'être uniquement sensitifs, correspondent à une structuration psychologique particulière.

« Chez les malades, dit Dupré, c'est le trouble dans la perception ou l'élaboration des sensations internes qui est primitif et fondamental »[25] — c'est une altération de la tonalité (normale) de la sensibilité physique de certains territoires organiques »[26]. Alors que pour les sensibilités externes l'analyse permet de distinguer en elles des composantes thermiques, algésiques et tactiles, pour les sensibilités envisagées ici l'on ne se refère qu'à un élément global. Il s'agit de sensibilité interne, de sensibilité physique de territoires organiques, de sensibilité orga-

---

24. MINKOWSKI : Rationalisme morbide et schéma corporel. *A. M. P.*, juillet 1949.
25. DUPRÉ : Les Cénestopathies. *Encéphale*, 1907, p. 628.
26. DUPRÉ : *Pathol. de l'imagination et de l'émotivité*, p. 294.

nique, confuse, mal analysée à l'état normal. Les caractères élémentaires décrits par les malades ne semblent pas être très différents de ceux des sensibilités superficielles, mais sur elles se greffent des notions psychologiques relatives à notre structure, à notre fonctionnement corporels qui faute d'être distinguées du simple apport sensitif font attribuer aux sensations organiques des qualités qu'elles n'ont pas. Et reportant sur la sensation, élément « périphérique », des notions psychologiques diverses l'on comprend que des interprétations trop hâtives accordent ensuite à un élément périphérique l'origine des troubles qui n'en dépendent pas [27].

Si les malades allèguent des « sensations » provenant de certains organes, le caractère esthésique est invérifiable et l'on ne peut qu'enregistrer les plaintes des malades, rien ne nous permettant d'affirmer ou de mettre en doute l'authenticité des perceptions. Les malades, s'ils font état de sensations bizarres, accusent d'ailleurs surtout une modification d'organes, soit dans leur anatomie, soit dans leurs fonctions; ils semblent plus interpréter que sentir. En effet, le comportement, les allégations, les interpré-

27. « Si nous essayons de saisir la *sensation* dans la perspective des phénomènes corporels qui la préparent, nous trouvons non pas un individu psychique, fonction de certaines variables connues, mais une formation déjà liée à un ensemble et déjà douée d'un sens, qui ne se distingue qu'en degré des perceptions plus complexes et qui donc ne nous avance à rien dans notre délimitation du sensible pur. Il n'y a pas de définition physiologique de la sensation et plus généralement il n'y a pas de psychologie physiologique autonome parce que l'événement physiologique lui-même obéit à des lois biologiques et psychologiques. Pendant longtemps, on a cru trouver dans le conditionnement périphérique, une manière sûre de repérer les fonctions psychiques « élémentaires » et de les distinguer des fonctions « supérieures » moins strictement liées à l'infrastructure corporelle. Une analyse plus exacte découvre que les deux sortes de fonctions s'entrecroisent. L'élémentaire n'est plus ce qui par addition constituera le tout ni d'ailleurs une simple occasion pour le tout de se constituer. L'événement élémentaire est déjà revêtu d'un sens, et la fonction supérieure ne réalisera qu'un mode d'existence plus intégré ou une adaptation plus valable, en utilisant et en sublimant les opérations subordonnées. » (MERLEAU PONTY, ouvrage cité, p. 16.)

tations de ces malades les situent dans un cadre psychologique particulier qui semble être un point important dans le conditionnement du syndrome cénestopathique et dont nous essayerons ultérieurement de dégager les caractères principaux. Les cénestopathies dans ce cas paraissent dépasser les simples troubles de la sensibilité subjective, — de la sensibilité organique — admettant à leur origine outre ces perturbations, certaines données psychologiques qu'il conviendra de préciser.

Si les cénestopathies sont des altérations de la sensibilité commune, elles ne sauraient se définir uniquement par ces altérations. Répondant à cette catégorie même de malades étudiés par Bonnier dans les états hypocondriaques on pourrait penser avec cet auteur, à l'encontre de la théorie uniquement périphérique qu'il y a « **hyperschématie** de tel organe, de tel groupe fonctionnel, et à mesure que l'organe se dessine dans notre conscience, à mesure que sa place grandit dans notre vie organique, il devient plus gênant, il obsède, il inquiète, il préoccupe ».

« Certains de ces états nerveux subjectifs peuvent non seulement s'imposer d'une façon obsédante à notre attention mais ils peuvent affecter une **systématisation** maladive et éblouir en quelque sorte le champ de notre conscience par l'intensité de leurs manifestations » [28].

Cénestopathies et état de malaise physique

Outre ces dysesthésies, ces préoccupations organiques précises, localisées, basées sur des troubles sensitifs probables, du moins dans la majorité des cas, le terme de cénestopathie englobe une autre catégorie de troubles. Il ne s'agit plus de l'allégation de troubles sensitifs localisés ou de l'altération de tel

28 BONNIER : L'aschématie. *Revue neurologique*, 1905.

ou tel organe, c'est une modification globale, une prise de conscience de tout notre être organique, un état de mal-être avec des impressions sensitives multiples, fugaces, variables. Cet état peut être considéré comme étant dû à une perturbation de la cénesthésie. Mais qu'apporte de plus ce terme dans l'explication? Si la santé est, selon Leriche, l'« innocence organique », la perte de cette innocence organique caractérise cet état de malaise fait d'impressions corporelles vagues, diffuses, inexplicables et également de l'éveil de l'attention aux moindres dysfonctionnements généraux et locaux qui apparaissent amplifiés par l'anxiété sous-jacente toujours plus ou moins vive. Il s'agit là d'une dycénesthésie, de « cénestopathie légitime », traduisant le plus souvent une altération organique réelle mais plus ou moins fruste. Mais l'on voit combien ce syndrome est voisin de son versant psychologique, l'hypocondrie, celle-ci pouvant être considérée d'ailleurs comme une cénestopathie pure (Guiraud), une psychocénesthésiopathie (Deny).

Cénestopathies et délires

En dehors de l'hypocondrie, se définissant par des préoccupations excessives et non fondées de l'état de santé, et les cénestopathies légitimées par des perturbations biologiques saisissables, une place spéciale est réservée au syndrome cénestopathique par perturbation des centres végétatifs « s'étendant du bulbe au diencéphale, — des centres cénesthésiques » (Penfield) dont la pathogénie correspond exactement aux conceptions de Dupré mais dont l'expression clinique diffère notablement selon l'hypothèse type Dupré.

Admettant selon l'hypothèse de M. Guiraud [29] que ces centres végétatifs constitués par des corps cellulai-

29. GUIRAUD : Hypothèse sur le mécanisme pathogénique des délires chroniques. *Encéphale* 1925, p. 663.

res du dernier chainon « cénesthésique (ou kinesthésique) » peuvent, en dehors de toute excitation périphérique élaborer un tonus nerveux propre, — le résultat du fonctionnement autonome de ces centres étant le sentiment plus ou moins clair de la présence de l'organisme en général ou de telle ou telle partie du corps.

Les douleurs psychopathiques résultent dès lors de l'irritation des voies sensitives, mais cette « irritation » se produit au-dessus des centres régulateurs neuro-végétatifs de la région sous-thalamique et tubérienne. Aussi elles ne se manifestent d'ordinaire par aucun trouble objectif. Mais d'autre part cette excitation isolée de centres rompt la synergie, l'équilibre du fonctionnement global, du fonctionnement harmonieux de l'ensemble des neurones dont l'intuition de notre personnalité est le résultat. Ainsi par fonctionnement isolé de la partie terminale des voies végétatives, ces impressions cénesthésiques ne sont pas appropriées à la personnalité contrairement aux douleurs hypocondriaques. « Cet état cénesthésique ou affectif pathologique non reconnu comme personnel tendra à s'exprimer intellectuellement, mais cette néoplasie intellectuelle sera également dystonique, inintégrée et forcera l'entrée de la conscience sous forme de transmission de pensée, d'hallucinations de divers ordres ».

Suivant cette conception exposée par M. Guiraud les délires chroniques deviennent des cénestopathies dystoniques. Dans cette conception « apparait de plus en plus important le rôle des voies terminales végétatives et kinesthésiques, et de plus en plus secondaire l'atteinte de l'intelligence dans les psychoses ».

DEUXIEME PARTIE

A) ESSAI DE CLASSIFICATION DES CENESTOPATHIES

Malgré les exigences de la définition, pratiquement, le concept de cénestopathie s'applique à de multiples types cliniques; la prévalence des préoccupations corporelles leur conférant une note « cénestopathique ». Ces préoccupations corporelles correspondent principalement :

— soit à des troubles sensitifs subjectifs symptomatiques d'affections neurologiques probables ou certaines, sans troubles mentaux correlatifs.

— soit à des troubles sensitifs subjectifs variables, frustes, correspondant le plus souvent à des altérations générales plus ou moins torpides de l'organisme, état de mal-être des cénestopathies dites « légitimes ».

— soit à des troubles sensitifs subjectifs associés à des troubles mentaux.

Si l'on a pu isoler certains cas de cénestopathies pures, « essentielles » l'étude rigoureuse des malades appartenant primitivement à cette catégorie permet toujours, actuellement, de déceler des troubles connexes qui orientent ces malades dans les catégories précédentes.

1) Cénestopathies symptômatiques d'affections neurologiques

OBSERVATION I (MM. BARUK et RACINE) [1]

« Syndrome cénestopathique transitoire accompagnant une épilepsie jacksonnienne.

M. d'A..., 51 ans, a été en traitement dans le service de l'un de nous à la Maison Nationale de Charenton pour syphilis cérébrale.

Les troubles jacksoniens ont été précédés par une phase de troubles vasculaires localisés du côté qui devait devenir le siège de crises jacksoniennes : ces troubles se produisaient surtout à l'occasion de perturbations atmosphériques (orages, pluies). Ils consistaient dans une sensation de froid intensé au niveau du membre supérieur et du membre inférieur gauches, en même temps que d'un refroidissement réel du membre. Ces troubles disparaissaient par le réchauffement.

Peu après, aparaissent des myoclonies rythmées au niveau du quadriceps, qui durent quarante-huit heures.

Après ce laps de temps, un matin au réveil, après une bonne nuit, le malade éprouve tout d'un coup « la sensation de tomber dans un gouffre », impression que les objets tournaient autour de lui. Puis, il lui semblait que sa tête se séparait de son corps; sensation de déformation de sa tête surtout à gauche. Nous avons pu examiner le malade au cours même de cette crise et constater l'existence de troubles vasomoteurs très nets de l'hémiface gauche, notamment de l'oreille gauche très rouge, gonflée et tendue. Bientôt, au bout de quelques minutes apparut une crise jacksonnienne absolument typique à début facial, puis se propageait au membre supérieur et inférieur.

En résumé, il s'agit ici de troubles cénesthésiques longuement précédés puis accompagnés de troubles vasculaires dans le territoire qu'ils affectent, et constituant l'aura d'une crise jacksonnienne. »

OBSERVATION II (MM. BARUK et RACINE) [2]

« Troubles cénesthésiques paroxystiques équivalents de crises jacksonniennes au cours d'un angiome cérébral.

M. B..., 40 ans, atteint d'angiome cérébral, vérifié opératoirement, de la région parioto-temporale droite.

Migraines accompagnées (engourdissement et fourmillement de tout le côté gauche), puis crises jacksonniennes gauches.

A certains moments, tout d'un coup, le malade ne sent plus sa main gauche. C'est exactement, dit-il, « comme si je n'avais plus de main ». Il la regarde pour s'assurer qu'elle est bien là. En même temps, impression psychique très pénible : « Il me

1. BARUK et RACINE : Contribution à l'étude des cénestopathies. *Revue Neurologique*, 1935, T. II.

2. BARUK et RACINE : Contribution à l'étude des cénestopathies. *Revue Neurologique*, 1935, T. II.

semble que je ne vais plus être maître de moi. » Dans les mêmes moments, impression d'automatisme : il lui semble qu'il fait des gestes avec la main gauche, qu'il fouille par exemple dans sa valise, sans que cependant le membre remue.

... Les modifications circulatoires au niveau de l'angiome apparaissent bien comme la cause commune des accidents jacksonniens et cénestopathiques. Ajoutons enfin qu'il n'est pas sans intérêt de rapprocher les troubles cénestophatiques du genre de ceux de notre observation II, de ceux étudiés par Van Bogaert dans ses remarquables recherches sur « la pathologie de l'image de soi » et dans la pathogénie desquels il incrimine des atteintes du lobe pariétal. »

Ces observations datant de 1935, le rapprochement des troubles cénestopathiques de ceux du « schéma corporel » paraît légitime mais pourtant souligne déjà leur divergence.

Parmi les observations de MM. de Ajuariaguerra et Hecaen nous retiendrons les deux observations suivantes dans lesquelles la symptômatologie cénestopathique, les troubles cénesthésiques dimidiés, s'apparentent aux hémialgies :

OBSERVATION III (MM. DE AJURIAGUERRA et HECAEN) [3]

Mme Leb..., âgée de 55 ans, consulte à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 4 février 1942, pour des douleurs siégeant dans tout l'hémicorps gauche. Ces troubles auraient débuté brusquement, le 22 janvier 1941, à 7 heures du matin. A la suite d'une émotion, elle aurait présenté une sensation vertigineuse avec serrement précordial et en même temps, « comme un roulement, commençant par le bas de la jambe, remontant vers les cuisses, puis le bras, presque rien dans l'avant-bras et la main ».

Au niveau du torse, serrement surtout sous le sein : « J'avais l'impression que l'on voulait m'arracher l'estomac et le cœur. » Picotements sans arrêt dans la tempe. Bourdonnement et chants de cri-cri dans l'oreille. Troubles dans l'œil. Bouche légèrement de travers. Sommeil lourd, maux de tête, et sensation d'hébétude au réveil.

A la suite d'un examen probablement négatif, elle est soignée à l'Hôpital de Châteaudun pour dépression nerveuse. Son état s'améliorant légèrement, elle rentre chez elle pour vaquer à ses occupations, mais elle y réussit avec difficulté. Au mois d'avril, la malade présente une dépression plus marquée : triste, asthénique, présente des crises de larmes fréquentes et à l'impression « qu'on a voulu quelque chose pour qu'elle ait cette crise, qu'on veut se débarrasser d'elle ». Les sensations de lourdeur persistant,

3. DE AJURIAGUERRA et HECAEN : Les troubles cénesthésiques dimidiés. Leurs rapports avec les hémialgies. *Revue Médicale Française*, août 1946.

son médecin traitant décide de l'envoyer à l'Hôpital de Chartres en vue d'une infiltration du sympathique. Après une infiltration du sympathique lombaire, « piqûre horrible avec une grosse aiguille et une grosse seringue », on effectue une infiltration stellaire.. Les sensations bizarres jusqu'alors, deviennent franchement douloureuses, atroces, sensations de tiraillement, d'arrachement. Elle croyait qu'elle allait mourir, qu'elle deviendrait folle.

En juillet 1941, elle entre à l'Hôpital de la Salpêtrière et son état s'améliore à la suite d'un traitement par ionisation calcique transcérébrale, mais progressivement ses malaises reprennent et c'est alors qu'elle vient consulter à Henri-Rousselle.

Dès son entrée, nous sommes frappés par son expansivité qui rend l'interrogatoire difficile, par ses réponses à thème invariable, par la richesse descriptive du thème qu'elle développe, par le caractère imagé de ses descriptions, par un vrai besoin de précision dans son exposé et par une tendance revendicatrice.

Les dates sont exprêmement précises, les médications employées et leurs résultats sont inscrits sur un carnet qui lui sert en même temps de journal.

Voici quelques échantillons de ses descriptions : « Sensation de corde dans le cou, d'arrachement du bras, d'arrachement du cœur, de tiraillement dans le dos. Sensations de petites brûlures, de fluides dans les reins, dans les organes génitaux. De douleurs comme une corde qui me tire depuis le talon jusqu'à l'aine. Sensation de dents agacées qui sortent des gencives. Des battements de tempes. Des bruits de grillon dans les oreilles. Des sensations d'étouffement à la gorge. »

Dès son entrée, se plaint du service, récrimine contre le personnel, demande un changement de thérapeutique. Demande qu'on la traite sérieusement, qu'on ne la laisse pas mourir. Refuse de rentrer en contact avec son mari que depuis sa maladie elle n'a supporté « que grâce à une force de caractère et une volonté de fer ». Il lui veut du mal, souhaite sa mort. Présente des phases de découragement. Un nouveau traitement par l'électrolyse transcérébrale ne donne aucun résultat.

Notons que tous les troubles dont elle se plaint siègent à gauche et qu'un zona thoracique, apparu au cours de l'hosiptalisation a augmenté passagèrement ses troubles hémialgiques.

Divers tests employés chez cette malade ont montré :

Au Woodworth, la plus forte émergence est celle de tendances dépressives et hypocondriaques. Au test de barrage, l'exactitude est sacrifiée à la rapidité. Au Rorschach, défaut dans les réponses kinesthésiques évidentes, avec richesse imaginative dans les petites kinesthésies. Tendance à l'angoisse dans les réponses à tonalité grise. Dans l'ensemble, stéréotypies et adhérence à la tâche, réponses sur les petits détails, tendance à s'appesantir sur le trivial et négligence de l'évident. Très peu de réponses globales, presque toutes étant secondaires et confabulatoires. Longues descriptions, redites, imprécisions. Fluctuation du rythme, fatigabilité très grande. Périodes d'excitabilité succédant aux périodes d'apathie. Soucis de santé dans les réponses anatomiques.

L'examen neurologique nous a montré de légers troubles moteurs et des troubles sympathiques en contraste avec l'absence de troubles sensitifs et sensoriels. Au cours de la marche, le membre supérieur gauche se présente en légère flexion sur la main. On ne note pas de troubles nets, d'hypertonie, à la mobilisation

passive, sauf au niveau de la main où l'extension des doigts est légèrement limitée. Le bras gauche tombe plus lourdement que le droit. L'hyperextensibilité est nette au niveau du poignet, du coude, ainsi que, dans la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. L'épreuve de Barré montre une tendance de la chute à gauche. La force musculaire ne paraît pas être modifiée sauf au niveau de la main. Celle-ci est plus gracile, la peau est plus fine, les doigts sont effilés. Les réflexes du membre supérieur et inférieur sont légèrement plus vifs à gauche. Il n'existe ni signe de Babinski, ni Gordon, ni d'Oppenheim. La musculature faciale n'est pas modifiée. Les nerfs craniens sont normaux. L'épreuve des marionnettes est effectuée plus lentement du côté gauche, et, dans l'épreuve du doigt sur l'oreille, dans la position couchée, on note un relâchement modéré, mais net du triceps gauche. La sensibilité au tact, à la douleur et à la température, la sensibilité profonde sont normales et égales des deux côtés. La gnosie tactile est normale. Il n'existe aucun trouble sensoriel et en particulier le champ visuel est normal. Les pupilles égales réagissent bien à la lumière.

L'indice oscillométrique est plus ample à gauche qu'à droite. Le réflexe pilomoteur est égal des deux côtés. Nous ne notons pas de différences thermiques sauf au niveau de la main gauche qui paraît plus froide que la droite. L'examen radiographique du membre supérieur gauche montre des signes d'ostéoporose nette...

... L'examen sérologique a montré des réactions négatives. Urée : 0,34. Les urines sont normales. T.A., 16-8.

De l'étude des antécédents, on ne relève aucune affection névropathique ou psychopathique importante dans la famille de la malade. Dans les antécédents de la malade, on note des maladies infantiles banales non compliquées. Pas de troubles caractériels dans l'enfance, mais plusieurs crises de dépression dans sa jeunesse. Entre ces crises, la malade est « nerveuse », irritable et se montre d'ordinaire autoritaire. Nous devons noter la mésentente conjugale, son mari étant « brutal et incompréhensif », ainsi que sa frigidité. Elle se serait ressentie fortement de l'évacuation forcée au cours de la guerre, évacuation qui aurait été la cause de pertes matérielles importantes.

Réglée depuis l'âge de dix ans et, régulièrement depuis cette période jusqu'à la ménopause qui est survenue au début de ces troubles en 1940-1941.

« Commentaires. — Chez cette malade le comportement général, tendances dépressives et revendicatrices, de même que la description des souffrances ressenties (langage métaphorique, volubilité, précision chronologique, richesse des comparaisons) sont ceux des hypocondriaques, malgré cela l'examen nous revèle du côté gauche de petits signes d'atteinte pyramidale, ainsi que de légers troubles trophiques et vaso-moteurs (courbe oscillométrique plus ample, ostéoporose du membre supérieur gauche) et

ceci nous amène à admettre qu'il s'agit dans ce cas d'un syndrome hémialgique thalamique décrit par Lhermitte : au lieu de revêtir les caractères habituels de la douleur, le syndrome se manifeste sous une forme de dysesthésies, de sensations indéfinissables. Peut-être est-ce à ce caractère d'étrangeté qu'il faut atribuer les modifications, si considérables de la personnalité. Plus s'effacent la netteté et la précision de l'algie, plus la personnalité réagit à ces sensations anormales et se trouve bouleversée. »

OBSERVATION IV (MM. DE AJURIAGUERRA et HECAEN) [1]

L... (Jean), 28 ans, entre dans le service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce, en avril 1945, pour céphalées et troubles sympathiques siégeant dans l'hémicorps gauche.

Le début des troubles remonte à 1938 où, subitement, il fut pris de violentes céphalées qui durent quatre à cinq jours en même temps qu'il présentait une hypersomnie presque constante. Depuis, il a toujours eu la tête lourde. Il y a quatre à cinq ans, les céphalées ont augmenté, sont devenues continuelles, elles siègent aux tempes et à la nuque, mais il existe des points plus douloureux au niveau du côté gauche. Elles se sont exagérées en 1944. Malgré cela, il a pu faire la campagne d'Alsace. Au cours d'hospitalisations tant en Italie qu'à Alger, les examens ont toujours été entièrement négatifs.

Depuis un mois sont apparus des phénomènes nouveaux : ses douleurs irradient dans tout le côté gauche en même temps que surviennent par paroxysmes des troubles vaso-moteurs : rougeur et gonflement des doigts, hypersudation, larmoiement et rougeur de l'œil. Ces troubles sont limités à l'hémicorps gauche et ont été constatés par le confrère qui a adressé le malade. Dans tout le côté gauche, il présente des sensations de lourdeur et de faiblesse, des « sensations terribles de constriction ». Ces douleurs qui n'étaient au début que transitoires deviennent presque constantes. Chaque nuit, « au moins dix fois la main et le pied s'endorment », la jambe gauche lui fait mal en marchant et il boîte.

Le malade est très inquiet de l'apparition de ses troubles, il est triste, déprimé, ne songeant plus qu'à cela. D'ailleurs, il reconnaît que son caractère s'est modifié depuis l'épisode initial de céphalées et d'hypersomnie : hyperémotivité, irritabilité, bradypsychie, somnolence diurne.

L'examen neurologique ne montrera qu'un léger mais réel trouble de la convergence oculaire et une hypertonie dans le signe du poignet à gauche et de petits signes d'hypotonie statique de ce même côté.

La courbe oscillométrique est nettement plus étalée et l'indice

1. DE AJURIAGUERRA et HECAEN : Publication citée. *Revue Médicale Française*, août 1946.

plus ample au bras et à l'avant-bras et à la cheville du côté gauche par rapport au côté droit. Légère dilatation veineuse à l'examen du fond d'œil. Ten. : 40.

La radiographie du squelette ne montre pas d'ostéoporose localisée.

La radiographie du crâne, la P.L. donnent des résultats normaux.

Après un traitement anti-infectieux général, le malade part en convalescence et revient en juillet 1945 déclarant que bien que son état général se soit amélioré, ses malaises se sont aggravés. Il souffre de plus en plus de la tête et les douleurs sont de plus en plus violentes du côté gauche : « J'ai l'impression que mes os vont éclater... de grands paroxysmes, ma jambe est lourde quand je marche... Dans les bras et les mains, ça me fait moins mal, mais j'ai quelque chose qui gonfle dans les os... je reçois des secousses du côté gauche (tête, épaule et jambe), comme des tremblements intérieurs, comme si le sang circulait mal. » En outre, quand il remue le côté gauche, « ça se fait uniquement par saccades ». Le malade est triste, découragé, anxieux, inquiet et agité. Ne peut rester en place, instable, ne pensant qu'à ses douleurs. Insomnie. Attitude légèrement revendicatrice : « On ne s'occupe pas beaucoup de moi. »

En raison de l'état dépressif, quelques électro-chocs sont tentés sans résultat. Un électro-encéphalogramme ne montre pas d'anomalies du tracé.

En août 1945, apparaissent des myoclonies prédominant au membre supérieur gauche. L'état mental, les plaintes dysesthésiques sont inchangées.

Tout concorde pour nous faire admettre ici une origine encéphalitique : épisode de céphalées initiales s'accompagnant d'hypersomnie, troubles de la convergence oculaire, hypertonie au niveau du poignet gauche, myoclonies. Les troubles vaso-moteurs se sont montrés particulièrement accusés dans ce cas.

OBSERVATION V

(MM. Riser, Gayral, Laboucarie et Pigassou) [1]

Symptomatologie « cénestopathique » au cours d'atteintes radiculo-médullaires cervicales :

Hubert B... a présenté de 5 à 9 ans un état général précaire : chétivisme, adénopathies, troubles gastro-intestinaux, petite ascite et indurations par péritonite bacillaire atténuée. Etat subfébrile prolongé. Tout disparaît à l'âge de 10 ans. Etudes normales. Activité sociale et familiale excellente. Engagé et évadé en 1940, à 20 ans. Sujet parfaitement équilibré, ordonné, actif, stable, aucune tendance à l'auto-analyse, peu émotif et pas douillet, bien au contraire. Il ne se plaint d'aucun malaise particulier.

En mars 1941, à 21 ans, il se dépense beaucoup en sports et divers travaux de force, quand il présente pendant deux mois une fatigabilité générale anormale et, quelques douleurs de la nuque

1. La symptomatologie « cénestopathique » au cours des atteintes radiculomédullaires cervicales. Congrès des médecins aliénistes, Marseille 1948.

plus marquée par la mobilisation de cette région. Peu après, on note les troubles suivants : une rachialgie de la nuque, surtout au cours des manœuvres de déflexion de la tête et de latéralisation vers la droite; cette rachialgie s'accompagne d'une sensation d'agacement, d'énervement et d'horripilation dans les membres supérieurs et dans le tronc. Toutes ces sensations sont augmentées par la mobilisation répétée du rachis et, atténuées par un repos avec immobilité complète de deux heures.

Ces phénomènes, douleur locale et sensation périphérique anormale sont accompagnés d'impressions viscérales et circulatoires particulières extrêmement pénibles, donnant l'impression d'une atteinte par une maladie grave, amenant un abattement extrême, « un extraordinaire défaitisme que je n'ai jamais connu ». Il a aussi une sensation d'étouffement, de serrement de la gorge, de brulûre des épaules, et surtout l'impression que le cœur lui-même est serré, qu'il s'arrête ou bat trop vite, « qu'il débite mal, je sens vraiment une colonne liquide qui circule dans mon cœur, dans mes bras, dans ma tête. C'est une impression de quelque chose qui coule comme on sent le robinet couler sur les mains », pour reprendre les mots mêmes du malade. En même temps, impression d'éblouissement, d'yeux qui brûlent, de salive amère, puissantes bouffées de chaleur qui alternent avec des ondes de froid. Mais dans ce même moment, on ne constate aucune modification objective, les téguments sont normaux, le pouls est égal, le rythme cardiaque est normal. Il n'y a pas de sensations vertigineuses ni d'incertitude de la station ou de la marche, cependant impression de jambes en « coton », de chute imminente. Etat d'esprit pénible. Enervement, besoin d'analyse et d'introspection. « Je ne peux pas me défendre de m'examiner, de chercher, de supposer. Je cherche à mieux sentir encore et j'imagine. » Il n'y a aucune céphalée, pas de bourdonnements d'oreille, tous les examens neurologiques sont négatifs, mais l'examen du rachis montre la cinquième vertèbre cervivale sensible, la radiographie montre un pincement du disque. Il y a de la fièvre vespérale. C'est certainement un mal de Pott.

L'immobilisation dans une grande minerve a fait disparaître tous les troubles en deux mois. Le psychisme est alors normal et très vite, les sensations et les interprétations cénestopathiques disparaissent complètement malgré les douleurs et un certain « cafard » bien compréhensible. La guérison des lésions vertébrales s'est faite en deux ans.

Les auteurs pensent que la symptomatologie cénestopathique est, dans certains cas tout au moins, l'un des modes d'expression de la souffrance du grand sympathique et peut-être plus particulièrement du sympathique cervico-dorsal.

2) Les cénestopathies dites « légitimes ».

Décrites par MM. Dide et Guiraud, les auteurs emploient ici le terme de cénestopathie « dans un sens très différent de celui de Dupré » : « Il s'agit d'individus chez lesquels le symptôme essentiel est un état pénible continu de la sensibilité obscure des différents viscères et de l'organisme en général. Nous appelons ces états légitimes, précisent MM. Dide et Guiraud, parce qu'ils reposent sur des lésions internes réelles, mais dont la cause n'est pas toujours décelable »[1].

Cet état pénible continu de la sensibilité obscure des différents viscères et de l'organisme, cette « cénestopathie » définit-elle seulement une donnée sensitive ou bien un phénomène de conscience plus général où participent non seulement les données sensitives, mais encore leur évaluation dans un devenir dont intuitivement le sujet pressent avec effroi l'évolution ? Ce que saisit le sujet c'est l'échec, l'anéantissement de sa puissance vitale. Tout dans son comportement traduit le découragement, l'asthénie, la dépresion, l'anxiété qui impliquent une prise de conscience de valeurs que les apports sensitifs seuls ne sauraient résumer.

Etudiées par MM. Dide et Guiraud avec les états neurasthéniques, ces cénestopathies légitimes ne se distinguent-elles pas de la neurasthénie par épuisement, simplement par une croyance plus profonde, des sujets en leurs troubles, par une estimation plus pejorative de leur état de santé ? en somme par un état d'hypocondrie légitime — vécue comme telle par le sujet.

Emprunter le terme de cénestopathie n'est envi-

---

1. DIDE et GUIRAUD : *Psychiatrie du médecin* mière Edition, p. 217.

sager qu'une partie de la situation. A l'affection organique réelle correspond un état psychologique particulier qui s'inscrit dans la personnalité du sujet. L'on voit chez le malade deux ordres de troubles, les uns somatiques, les autres psychiatriques qui ne se laissent pas unir par un lien unique de causalité. Les uns et les autres gardent leur respective autonomie.

A côté de ces « cénestopathies » accompagnant une atteinte organique grave, les nosophobies prémonitoires »[2] pourraient également entrer dans le cadre des « cénestopathies légitimes » : le malade ressent une altération organique, en a la certitude alors qu'aucun signe objectif n'en confirme tout d'abord l'existence, quelques fois même pendant un temps fort long, puis l'affection organique se trouve secondairement révelée.

L'antériorité des symptômes psychiatriques sur les troubles somatiques distingue cette forme clinique des malades de la catégorie précédente, mais la genèse des troubles parait tout à fait superposable. L'altération périphérique ne suffit pas à elle seule pour constituer la situation psychologique particulière de ces malades; elle est un appel aux instances psychologiques qui puisées dans l'imagination corporelle forme un lien entre la réalité subjective et objective dont la juste évaluation souligne la participation plus ou moins grand du « complexe hypocondriaque » du sujet dans l'expression des troubles.

De ces cénestopathies légitimes en relation avec une affection somatique certaine, lésionnelle, se rapprochent les dérythmies neuro-végétatives, fonctionnelles qui se traduisent également par un état de mal-être avec majoration d'impressions sensitives diverses. A cette catégorie de malades appartiennent les « patraques » décrits par Burnand, les faux malades imaginaires, vesiculaires, alcalosiques, dysendocriniens

---

2. AUBIN et GACHKEL : Nosophobies prémonitoires. *A. M. P.*, juin 1949, p. 64.

frustes étudiés par Nathan. La perte de l'innocence organique est souvent l'alerte indubitable de perturbations biologiques dont nous ne saisissons pas encore toutes les modalités mais qui doivent nous orienter vers des recherches plus approfondies. Chez de tels malades on saisit quelques fois un dérèglement biologique qui permet d'expliquer les troubles, du moins en partie : par exemple l'alcalose des états asthéniques (Montassut), les troubles de la calcémie dont on sait l'action favorisante sur l'anxiété, l'équilibre du taux calcique étant « une des conditions de l'ordre sensitif (Lériche), les troubles de la glycémie, etc. Est il besoin également de souligner la fréquence de ces états de malaise physique au cours des perturbations endocriniennes de la ménopause; la sensibilité de certains sujets à la cadence des saisons et des conditions météorologiques, à l'état ionique de l'air (Chaize).

Hyperémotivité et anxiété sont les caractères psychologiques communs de ces sujets. Facilement découragés, ils ont peur de la vie, ils s'abîment dans une « introspection inquiète » (Devaux et Logre). « Dejerine caractérisait l'état de rumination morose, pessimiste, dépressive, en la désignant comme un « syndrome de préoccupations émotives ». Freud a insisté sur la composante sexuelle de ces états ».

Ces malades sont légion, mais comme nous l'avons remarqué précédemment ils ne répondent pas aux exigences des définitions des cénestopathies. Ces malades sont des hyperémotifs avec prévalence d'impressions sensitives diverses, véritable état d'intériorisation sensitive, de repli sur soi, à la faveur de perturbations organiques variables et multiples nées indépendamment ou le plus souvent à l'occasion de l'inacceptation « inconsciente » des conditions générales de vie, avec anxiété traduisant une situaton conflictuelle plus ou moins profonde.

Palpitations, oppression, anxiété d'équilibration, céphalées, frilosité, asthénie, douleurs multiples inex-

plicables tiraillements, fourmillements sont la symptômatologie habituelle de ces sujets chez qui par ailleurs tout examen somatique ne montre aucune anomalie objective.

Si chez certains de ces malades les perturbations biologiques permettent de mettre en évidence un déréglement somatique, ce déréglement ne peut suffire à lui seul à rendre compte de l'état psychique. L'interprétation des faits de ce genre se situe le plus souvent dans une perpective somato-psychique, du fait de l orientation nécessairement organiciste de la discipline médicale habituelle, mais les investigations psychanalytiques, en particulier les documents de la médecine psychosomatique montrent que : « si les tendances psychiques ne trouvent pas une décharge dans l'action satisfaisante, il peut en résulter non seulement des troubles psycho-pathologiques, mais aussi des altérations somatiques, fonctionnelles d'abord, lésionnelles par la suite »[1].

Pour de tels malades, et plus spécialement pour eux, « il convient d'établir avec eux un contact tel qu'ils puissent se révéler dans l'ensemble de leur personnalité et non pas seulement sous l'angle étroit de « leur » maladie » (Nacht).

Hyperémotivité, anxiété plus ou moins contenue, troubles dysesthésiques et douloureux variables, telle est la situation de ces « cénestopathes » dont l'image idéale naît de l'interférence de troubles biologiques liminaires et de troubles psychologiques dont l'analyse freudienne explique la structure, du moins en partie. Devant les plaintes de ces malades qui ne présentent pas de signes majeurs de neurasthénie, d'hystérie ou d'hypocondrie, le terme de cénestopathie souligne l'état dyscénesthésique, l'état de malaise, d'hypersensibilité. A cette désignation nous préférons le terme de dérythmie qui traduit mieux cet état où les per-

1. NACHT : Introduction à la médecine psychosomatique. *Evolution Psychiatrique*, 1941, T. I, p. 64.

turbations biologiques et psychologiques interfèrent. Le terme de cénestopathie ne s'adressant qu'à une partie des troubles, laissant supposer un mode d'explication insuffisant à cet état où la participation psychologique de l'être à la maladie implique d'autres composantes dont nous verrons plus loin quelques éléments.

---

3) Cénestopathies et troubles mentaux associés

Dans un troisième groupe les cénestopathies apparaissent étroitement liées à des troubles mentaux caractérisés. Longuet étudiant les formes monosymptomatiques de la mélancolie intermittente décrit à côté des troubles mineurs, — insomnie, impuissance, fatigue, — une forme coenesthésique ou algique où les cénestopathies gardent un caractère assez flou les rapprochant des cénestopathies légitimes mais où la périodicité des phénomènes dépressifs indique un mode particulier du déterminisme des troubles cénestopathiques. Nous rapportons ici deux de ses observations :

OBSERVATION VI (LONGUET) 1

Mlle K..., âgée de 31 ans, a été examinée pour la première fois par nous, le 28 septembre 1935.

A la suite de la mort de son père, elle a présenté des douleurs vives du bras gauche; elle était en même temps déprimée et triste. Cette dépression a été mise au compte des douleurs très vives qu'éprouvait la malade et qui ont été étiquetées « douleurs de névrite ». Un traitement par l'électricité et les rayons X a été institué. La névrite a persisté et s'est étendue avec apparition de « points de côté » dans le dos. Un médecin a fait un traitement par injection de novocaïne dans le derme. Mlle K... a pris des cachets de gardénal, d'opium et d'atophan. Devant l'échec de ces médications, on lui a fait des injections de soufre sans plus de succès. Une insomnie partielle s'est installée. Quelques préoccupations hypocondriaques sont apparues, très vagues, en même temps la malade avait quelques tendances « à se faire des reproches ». On a noté un petit état obsessionnel.

Mlle K... est partie pour l'Italie avec sa sœur et sa mère.

1. LONGUET : Les formes monosymptomatiques de la mélancolie intermittente. Thèse Paris, 1937.

Près de Naples, à Agano, elle a été guérie presque subitement de ses douleurs. A son retour en France, elle a présenté une légère phase d'excitation, elle s'est mise à peindre et à chanter.

Cette malade avait présenté trois ans auparavant une crise de dépression à caractère nettement mélancolique, avec tristesse, idées de culpabilité, insomnie, anxiété, préoccupations hypocondriaques et quelques cénestopathies céphaliques.

Par contre la dernière crise dont nous avons rapporté l'histoire s'est traduite presque uniquement par une longue période de troubles cénesthésiques et d'algies diverses qui ont été mis sur le compte d'un état organique inexistant.

OBSERVATION VII (LONGUET)

Mme C..., âgée de 62 ans, a fait, à 20 et à 32 ans, deux accès dépressifs simples, purs, ayant duré chacun quelques mois.

A 45 et à 52 ans, elle a présenté deux états cénestopathiques prévalents au maxillaire supérieur et à la région péri-orbitaire droite. Elle accusait une sensation d'engourdissement diffus avec sensation de cartonnage des joues, d'élongation des dents avec besoin incessant de mâchonnement. En même temps, on relevait chez elle une note dépressive discrète, caractérisée par un certain degré de lenteur d'inactivité et surtout par sa tonalité mélancolique avec sentiments d'incurabilité, de culpabilité, avec rumination anxieuse greffée sur des préoccupations hpocondriaques et idées de suicide. Les deux accès ont évolué respectivement pendant quatre mois et six mois. Ils se sont terminés assez rapidement comme ils avaient commencé. La cœnestopathie et la tonalité affective ont disparu tout à fait à la fin de l'accès, mais la dissolution des algies n'est survenue qu'après la disparition de l'anxiété et la reprise de l'état physique et de l'activité générale.

A l'âge de 58 ans, Mme C... a présenté, pendant trois mois une algie cervico-brachiale à topographie moins diffuse présentant tous les caractères d'une cœnestopathie. Elle a été considérée comme un accès fruste, monosymptomatique d'une psychose périodique, d'une part en raison des accès antérieurs qu'avait présentés cette malade, d'autre part en raison des petits éléments retrouvés par un interrogatoire poussé légère anesthésie des sentiments, baisse de l'activité, insomnie. Signalons que cette malade a présenté de 1930 à 1934 plusieurs crises d'hypertension paroxystique,, dont l'une a déterminé une hémorragie rétinienne, mais il n'y a pas eu de nouvel épisode mélancolique.

Les observations suivantes montreront également la coexistence de troubles cénestopathiques et de dépression mélancolique :

OBSERVATION VIII (M. DE AJURIAGUERRA) [1]

Mme J. D... consulte à l'Hôpital Henri-Rousselle pour un état dépressif accompagné de troubles cénestopathiques siégeant à l'hémiface droite. Agée de 56 ans, sans antécédents pathologiques

1. DE AJURIAGUERRA : Cénestopathie faciale droite périodique. *A. M. P.*, 1945, T. II.

importants, sauf une entérocolite qui persiste depuis l'âge de 16 ans. Mariée à 18 ans, a fait deux fausses couches et a accouché d'un enfant normal né à terme. Réglée à 13 ans, régulièrement. Ménopause en cours. Elle a présenté de l'eczéma vulvaire et inguinal, éruption qui a disparu dès l'aparition de sa dépression.

Née d'un père alcoolique, son enfance se déroule dans une atmosphère de mésentente familiale, de disputes et de violences continues. Son mariage ne fut pas plus heureux : séparation, puis rupture quelques années après. Frigide, elle le reste même après quelques essais sexuels ultérieurs. Aboulique et légèrement suggestible, elle adhère à une association religieuse nouvelle d'esprit chrétien dirigée par un suisse : « Le messager de l'Eternel. »

Les troubles pour lesquels elle consulte sont intéressants à considérer. La malade se plaint de sensations anormales siégant à l'hémiface droite. Il ne s'agit pas de douleurs, mais de modifications bizarres et permanentes. Impression de modification des os du crâne, comme si la peau était soudée aux os, de l'œil droit qui serait plus saillant que le gauche.

Dans les mouvements du front, elle sent son œil se déplacer à droite, mais même au repos, lorsqu'elle se regarde devant la glace, elle voit son hémiface plus grosse, comme gonflée, et derrière vers la droite. D'une manière permanente, elle ressent une « sensation en dedans » et garde une impression de présence. « Je sens, dit-elle, que j'ai un œil, une oreille, un derrière de l'oreille, un cou, à droite.» Les troubles épargnent le nez, les lèvres, les mâchoires et les dents. Les modifications apparaissent dès le réveil et ne disparaissent que pendant le sommeil : « Ça devient une obsession constante qui me déprime »; elles ne se manifestent pas au cours des rêves.

Cet épisode est loin d'être unique dans sa vie. Elle a présenté, en effet, des épisodes semblables à six reprises depuis 1906. C'est d'abord au cours d'un état dépressif, pendant sa grossesse, qu'elle ressent des modifications de l'hémitête avec déviation du front vers le haut. Le jour de l'accouchement, elle regarde la tête de sa fille « pour voir si celle-ci n'avait pas pris son mal ». Le trouble disparaît peu de temps après l'accouchement. En 1915, au cours de la maladie de sa mère, nouvel accès avec impossibilité de se coiffer à droite, de garder un chapeau sur la tête. En 1923, nouvel accès d'une durée de six mois à la suite d'une rétroversion utérine. Mêmes troubles en 1924 à la suite d'un conflit affectif avec sa fille, ainsi qu'en 1933 et 1938 (d'une durée de six à neuf mois).

Les accès débutent très brusquement et disparaissent progressivement. Ils paraissent toujours en rapport avec des chocs affectifs ou des périodes de grand surmenage. Ils s'accompagnent d'un état dépressif d'importance inégale, tantôt simple tristesse avec inertie, tantôt aspect méiancolique franc avec idées d'incurabilité et de suicide (en 1945, elle a porté le tuyau du gaz à sa bouche).

L'examen neurologique ne montre aucun signe objectif d'une affection organique du système nerveux. Les réflexes sont normaux, aussi bien les ostéotendineux que les cutanés. La sensibilité est normale aussi bien aux membres qu'à la face. On ne note pas de troubles sympathiques localisés. Les pupilles sont normales. Le corps thyroïde est normal. Les réactions sérologiques sont négatives.

En résumé, il s'agit d'une malade qui a présenté depuis sa jeunesse six accès du type cénestopathique à siège hémifacial

droit. Ces accès à début brusque et disparitoin progressive- s'accompagnent tantôt d'une dépression franche tantôt d'un état dépressif estompé.

L'intérêt de cette observation siège dans le fait de l'apparition périodique au cours des états dépressifs de troubles cénestopathiques localisés. A certains moments et en particulier au cours de sa dernière crise, le trouble prenait l'allure de ces formes mineures cénestopathiqus de la mélancolie, sur lesquelles a insisté Montassut et dont Longuet dans sa thèse a donné plusieurs exemples.

La localisation et les caractères des troubles nécessitent aussi un court commentaire. On a souvent insisté sur les fausses névralgies faciales périodiques « d'origine psychique », mais dans notre cas, la malade ne se plaint pas de douleurs, mais de sensations bizarres, atypiques, souvent difficiles à décrire. La malade sent l'existence de certaines parties de sa face. C'est par une prise de conscience, par un sentiment obsédant de présence, que les troubles se manifestent. Le silence habituel de ces organes a disparu et les idées de transformation sont apparues en même temps. Cette hallucinose cénesthésique dans le sens de Dupré, paraît au point de vue descriptif du moins, entrer dans le cadre des troubles du schéma corporel par présence obsédante de certains organes. Elle doit être rapprochée dans la recherche des troubles par non-appartenance qui caractérisent l'anosognosie.

OBSERVATION IX (P. CAMUS) [2]

Mme T. J... est une femme de 62 ans que nous avons pu observer, depuis neuf ans, dans le service de notre maître M. Deny. Elle est entrée à la Salpêtrière au début de 1904 pour de la dépression mélancolique et pour des préoccupations pénibles, considérées alors comme hypocondriaques. Il s'agissait d'un accès dépressif, remontant déjà à plus de deux ans. La malade était entrée en effet à la fin de 1901 à Sainte-Anne, puis à Villejuif, en dépression avec les mêmes préoccupations pénibles, des idées de suicide et de l'agitation anxieuse par intervalles.

Son histoire est très riche en troubles psychopathiques. Dans son hérédité on relève l'existence de l'alcoolisme chez son père, mort à 78 ans; on note chez sa mère des troubles graves du caractère avec violence et méchanceté envers toute la famille, qui dut la faire placer à la Salpêtrière pendant plusieurs années; un frère plus âgé que la malade ne pouvant supporter la vie de famille, s'expatria en Amérique.

Mariée à 21 ans à un homme violent, Mme T... eut trois enfants dont deux sont morts en bas âge de méningite, et le troisième, une fille a été internée à la Salpêtrière, pour un accès mélancolique.

Notre malade est internée pour la troisième fois. A 30 ans, premier internement durant dix mois, à Charenton, pour accès dépressif avec idées de ruine et tentative de suicide : sortie guérie.

A 40 ans, second accès dépressif durant dix à onze mois, à

---

1. CAMUS : Cénestopathie et psychose maniaco-dépressive. *Encéphale*, 1913, p. 83.

Villejuif; sortie guérie elle reste de nouveau dix ans au dehors.

A 52 ans, troisième accès, un ou deux mois après la ménopause, reprise brusque de mélancolie comme les deux fois précédentes.

Pendant les trois premières années de son séjour dans le service, les phénomènes de dépression se montrent sous forme d'inertie, de négligence de soi-même, de refus partiel de nourriture, de tristesse, de craintes et de temps à autre des idées de suicide. Mais ce qui domine dans son état psychopathique, ce sont les troubles cénesthésiques, ce sont les sensations insolites et indénissables que la malade éprouve. Un examen superficiel pourrait les faire considérer à tort comme des préoccupations hypocondriaques. Ces troubles intéressent toutes les sensations internes, mais portent plus spécialement à ce moment sur la sensibilité viscérale abdominale. Elle les exprime sur un mode triste. Pour les décrire, elle emploie constamment des périphrases, elle ne peut les dépeindre sans dire : « C'est comme si on me faisait... » Elle ne peut jamais trouver l'expression satisfaisante : « C'est dit-elle, comme si quelque chose remuait dans tout le corps, ça gratte, c'est comme si on me frottait partout, mais c'est en dedans, et pourtant il me semble que c'est comme en dehors... Qu'est-ce qui peut remuer comme ça dans mon corps?... C'est détraqué, c'est déséquilibré... On m'a dit que cela va guérir, mais moi, je ne croirais pas... Je n'éprouve pas la faim, je mange par raison... Je n'ai pas de sommeil, c'est comme si j'étouffais, comme si j'étranglais, je sais bien que je n'étoufferai pas... tout m'est égal, je n'ai plus de sentiments, tout est éteint en moi et pourtant la raison n'est pas égarée, la mémoire non plus... »

Trois ans plus tard, en 1907, à la phase de dépression succède une période d'agitation pénible. En 1908, elle se montre très surexcitée.

Ses troubles cénesthésiques engendrent des réactions anxieuses : elle se pince, se gratte, s'écorche sans cesse les jambes, arrache ses pansements, met ses ongles dans ses plaies, dans le but de faire revenir une sensibilité plus normale. Elle s'alarme de l'étrangeté et de la continuité de ses troubles. Ce qui lui est le plus pénible, ce qu'elle qualifie de souffrances, c'est la crainte de rester toujours ainsi, de ne jamais guérir. Pour traduire son effroi, elle dit même : « Je suis comme une morte vivante. »

L'année suivante, les mêmes sensations persistent, mais l'agitation anxieuse a disparu; elle est calme et travaille régulièrement à l'atelier. En 1910, commence une phase d'excitation et d'exubérance, une véritable periode d'hypomanie. Une sorte d'euphorie relative remplace la tristesse. Avec volubilité et animation, en faisant des gestes, la malade exprime sur un mode satisfait les mêmes sensations qu'elle ressent toujours : « Je respire, je reviens à la vie. Tous les jours ça s'améliore de plus en plus, je ne suis plus tourmentée, car je crois que j'arriverai bientôt à la guérison... C'est une résurrection... Mon corps me paraissait comme élargi, maintenant il semble se resserrer. Tout ça va se remettre en place... Quelles drôles de choses je ressens encore, c'est incompréhensible. Mais maintenant j'ai bon espoir, je suis gaie, mon sang se refait, j'ai beaucoup de force et je peux travailler. » Et de fait, elle travaille avec grande activité à l'atelier de couture.

Actuellement, en décembre 1912, cette phase d'euphorie per-

siste. Elle décrit encore les mêmes sensations bizarres dans tout le corps : « J'ai des tiraillements dans le ventre, autour du nombril, ms intestins se resserrent. Les pieds, les mains me semblaient élargis; la mâchoire était disloquée. Il y a encore le nerf, là, du côté droit de la figure qui paraît gros, il n'est pas encore en place. Dans le nez, il y a encore des fibres qui tiraillent, c'est comme si ça sifflait quand je suis couchée... C'est encore drôle, ça remue, ça monte, ça descend... C'est à peine douloureux, c'est seulement gênant, mais j'ai bon espoir, je vais revenir à la santé... J'ai toute ma raison entière... »

L'affectivité et la mémoire sont bien conservés. La malade rappelle les craintes qu'elle avait de ne pouvoir guérir, les appréhensions angoissantes qui la faisaient tant souffrir. Son activité intellectuelle est intacte. Elle n'a aucun système ni aucune idée délirante à proprement parler. Jamais nous n'avons pu penser, chez elle, à l'existence d'hallucinations d'aucun sens. Quand on la questionne sur la cause à laquelle elle attribue toutes les sensations bizarres qu'elle éprouve, elle n'invoque que des causes très naturelles : « Tout ça, dit-elle, doit venir du surmenage dans mon travail, des émotions que j'ai eues avec mon mari très violent et de la fatigue de mes grossesses, j'ai eu mes enfants trop près les uns des autres. »(Quatre grossesses, dont une fausse couche, en trois ans).

Interrogée sur la durée de ses troubles cénesthésiques, elle affirme avoir toujours eu, depuis l'âge de 30 ans, c'est-à-dire depuis son premier accès mélancolique, des malaises et des sensations bizarres, indéfinissables, surtout dans le ventre, dans le creux de l'estomac, puis dans la tête. Ils ont existé pendant chacune des périodes dépressives qu'elle a traversées, ils n'ont jamais disparu dans l'intervalle de ces périodes, même lorsqu'elle était chez elle et qu'elle travaillait activement.

A part un peu d'embonpoint, l'examen somatique ne décèle aucun trouble manifeste des principales fonctions organiques. Les réflexes tendineux sont normaux. Les pupilles sont légèrement myotiques, la droite plus que la gauche, mais elles réagissent bien à la lumière.

Nous reproduisons ces observations, les auteurs ayant insisté sur la présentation « cénestopathique » de tels malades. La lecture des principales observations publiées nous montre pourtant que cette participation « cénestopathique » n'est qu'un élément parmi les autres troubles, et que rien, sinon l'adhésion à une hypothèse, ne nous permet de le considérer comme primitif dans la genèse des troubles.

Sous le terme de cénestopathie, l'on voit décrire les délires les plus variés, délires de négation, d'influence, de possession [1], syndrome de Cotard, où certes les

1. Observations colligées dans la thèse de BAVELAER, empruntées à DUPRÉ et LOGRE (Obs. XVI), RAYNEAU et NOUET (Obs. XVII), DUPRÉ (Obs. XVIII).

préoccupations corporelles sont le plus souvent prédominantes mais sont extériorisées à la faveur, pensons nous, d'une organisation psychopathique de structure variée qui nous semble être beaucoup plus déterminante.

Ce sont les préoccupations corporelles de certains délires mélancoliques, les préoccupations corporelles au cours de psychoses paranoïdes schizophrèniques ou paraphrèniques, les préoccupations corporelles qui peuvent enfin apparaitre au cours de tout syndrome psychopathique plus ou moins systématisé. Le terme de cénestopathie s'écarte ici de sa signification première.

Les cénestopathies acquièrent parfois des relations très étroites avec les idées de négation comme l'ont montré Dupouy, Schiff et Mme Requin et comme le met en évidence la première observation de Dupré et Camus :

OBSERVATION X (DUPRÉ et CAMUS)(2)

M..., 48 ans, israélite, de niveau intellectuel élevé.

Fils unique d'une mère nerveuse. Bien portant et de caractère gai dans l'enfance. Rougeole et fièvre thyphoïde dans la jeunesse. Marié, a eu un fils actuellement bien portant, mais névropathe. Pas de syphilis.

A 20 ans, troubles digestifs très importants avec douleurs d'estomac, pyrosis, ballonnement du ventre, régurgitations, céphalalgie.

Crises fréquentes et dramatiques d'angine de poitrine névropathique, avec irradiation brachiale gauche.

A 30 ans, surmenage prolongé de tout ordre; manque de sommeil, excès vénériens. Aux troubles digestifs, aux accès de douleurs précordiales s'ajoutent d'autres symptômes dénommés neurasthéniques; violentes douleurs céphaliques et rachidiennes; spasmes du pharynx et de l'œsophage, avec entrave à la déglutition et régurgitation.

L'aggravation progressive de cet état oblige le malade à cesser son travail. Nombreuses consultations médicales.

En 1898, séjour de sept mois dans une maison de santé, dont le sujet sort nullement amélioré; l'état aurait plutôt empiré. Médications variées, amaigrissement notable.

Lorsque nous voyons ce malade pour la premîère fois en 1903, ce sont les troubles cénesthésiques qui dominent la scène morbide. Ils sont riches, tenaces, diffus, mais prépondérants dans la sphère

(2) DUPRÉ et CAMUS : Les Cénestopathies. *Encéphale*, 1907, p. 616.

céphalique, cervicale et thoracique supérieure. Ce sont des sensations pénibles et indéfinissables.

Son cerveau lui paraît comme atrophié, aplati, semblable à une éponge. « Je ne sens plus mon cerveau, je ne me sens plus penser, ça me fait comme un vide. Je n'ai plus la sensation d'exister. » La bouche et le pharynx sont comme insensibles; il tire la langue, se mord, se pince, grimace sans cesse, se frappe la tête avec le poing pour tenter en vain de réveiller sa sensibilité perdue. Le palais, le nez sont à la fois insensibles et douloureux. Il se plaint de ne pas les sentir et cependant d'y éprouver une gêne affreuse. Il ne sent plus l'air passer dans les voies aériennes. Il fait des reniflements fréquents, de violentes déglutitions d'air et de salive, qui provoquent des spasmes œsophagiens. Il s'introduit les doigts dans la bouche, se touche la paroi du pharynx et déclare anxieusement qu'il ne sent plus le contact, que toute sensibilité est abolie. Il ne sent plus sa poitrine et son estomac. Les yeux fermés, il ne se rend plus compte, dit-il, de la position de ses membres.

Il se pince, se pique, s'écorche la face et les membres pour tenter de se sentir. « Je me sens de moins en moins; je voudrais bien avoir de grandes douleurs comme autrefois, au moins je pouvais me sentir, maintenant je ne sens plus rien, c'est affreux, tout est comme vide; je suis accablé d'une angoisse perpétuelle. »

Il entend ce qui se passe autour de lui, mais ne peut plus dit-il, reconnaître la direction d'un son ni localiser les bruits dans l'espace. Il voit et distingue les objets, mais les aperçoit souvent ou grossis ou diminués. Il a parfois quelques illusions visuelles, qu'il prétend être de véritables hallucinations.

Au milieu de ces troubles si pénibles, accompagnés d'une grande anxiété, la mémoire, le jugement, l'association des idées, la sensibilité morale, l'affectivité sont intactes. La mémoire de représentation cependant présente quelques troubles; le malade semble avoir perdu la vision mentale; il ne peut plus se représenter une personne ou un objet qu'il connaît très bien; tout en se rappelant les choses jusqu'aux moindres détails, il ne peut éprouver le plaisir de revoir certaines images. Il se rend parfaitement compte de son état morbide, sait que tous les troubles qu'il ressent viennent des troubles de son cerveau, « mais, dit-il, je n'en suis que plus malheureux, car je vois bien qu'on n'y peut rien faire, je devrais me suicider. »

Et pourtant il espère encore, il interroge et consulte sans cesse, tente en vain toutes les thérapeutiques qu'on lui conseille.

L'examen somatique ne revèle pas de lésions viscérales notables...

Depuis 1903, le malade revu par nous à diverses reprises, n'a pas varié dans son état.

De même, les cénestopathies coexistent fréquemment, jusqu'à s'identifier à eux, avec les troubles du « schéma corporel ». Ne regarde-t-on pas certaines d'entre-elles comme des « altérations du schéma corporel par présence obsédante d'organes » ?

Enfin, « il parait tout naturel de rechercher dans le vaste domaine des cénestopathies un parallèle avec

l'automatisme mental », parallèle envisagé dans l'étude de M. Minkowski dont nous rapportons les passages essentiels. (Au fond, dit M. Minkowski, nous pouvons nous attendre à y trouver un trouble équivalent avec la seule différence seulement qu'il aurait pour point d'insertion, si nous osons nous exprimer ainsi, non pas l'impénétrabilité du moi intime pour autrui, mais l'impénétrabilité du moi physique pour mes sens.)

OBSERVATION XI (MINKOWSKI) 1

Malade âgée de 58 ans. Antérieurement trois accès de dépression à l'âge de 18, de 28 et de 40 ans, accompagnés de phénomènes obsédants et d'hallucinations auditives psychiques. Début de l'accès actuel il y a six ans. Depuis aggravation progressive, en ce sens que si au cours des premières années il y avait encore des périodes de détente relative, ces périodes ne se reproduisent plus maintenant. Les troubles mentaux cependant n'ont pas changé de caractère. Depuis deux ans immobilisée au lit à la suite d'une fracture du col du fémur non consolidée. Plaintes, gémissements, lamentations constantes. Idées d'incurabilité et de mort prochaine. Désespérance. Reste parfois deux jours sans parler et sans manger : donne comme raison de cette conduite l'intensité de ses souffrances. Assez bon contact affectif avec l'entourage. Phénomènes cénestopathiques multiples. C'est sur ces dernières manifestations que nous insisterons ici plus particulièrement. Nous avons observé la malade pendant trois ans; nous résumons ses plaintes après les avoir regroupées de façon à éviter des longueurs inutiles :

a) *Ça m'arrache tout le corps. Tout remue en moi des pieds à la tête. On ne sait pas si on a encore du sang dans les veines tellement c'est drôle. A tout moment ça me passe dans les dents et s'entortille. Il me semble que je vais tomber en morceaux de tous les côtés. On dirait que je me sens maigrir. J'ai l'impression que mon corps s'en va de tous les côtés. Ça m'arrache au-dessus des dents; avant ça m'arrachait que les gencives. Mes ongles me font mal comme le reste de mon corps.*

On dirait que j'ai dix millions de fils fins qui me tirent. On dirait que mes jambes sont en longueur et que ça m'arache en dehors de moi comme s'il y avait des fils qui tireraient dehors.

J'ai l'impression que ma fesse droite se décolle de mon corps. Hier les fesses remontaient très haut dans le dos, jusqu'aux omoplates, jusqu'au cou. Aujourd'hui, c'est encore pire qu'hier, les fesses sont aujourd'hui jusqu'au-dessus de la tête. Je me fais l'effet d'avoir une tête comme si la bouche était dans le ventre et mes dents dans les fesses.

1. MINKOWSKI : Contribution à l étude du Syndrome d'automatisme mental. Automatisme mental et Cénestopathie. *A. M. P.* 1927, p. 104.

Je ne sais plus si c'est un corps, c'est un paquet de douleurs. Je ne sais plus si j'ai des mains et des jambes; tout est broyé. Je n'ai plus de gencives, on dirait que c'est arraché complètement. Quand j'entends une voiture passer, ça fait une drôle d'impression. On dirait que tout est brisé, cassé, dans la voiture. Quand j'entends les cloches sonner, on dirait que tout est détraqué dans ces cloches. Tout ce qui remue, tout ce qui bouge, tout fait une drôle d'impression. On dirait que tout est disloqué, cassé, comme mon corps.

b) *Un jour sur deux mon corps est dur comme du bois. Aujourd'hui mon corps est épais comme ce mur. Hier à tout moment, j'avais la sensation que mon corps c'est de l'eau noire, plus noire que cette cheminée. On dirait que j'ai de l'eau plein le corps, de l'eau qui sent mauvais. Avant-hier, dans la nuit, je brûlais, mon corps était de feu, aujourd'hui c'est froid, tout ce que j'endure est froid. La peau c'est si drôle, on dirait une peau grosse et épaisse. Mon corps est sale et noir. Je me vois des pieds jusqu'à la tête, je me vois noire comme cette cheminée. Un jour, je brûlais d'un feu un peu rouge, maintenant c'est un feu noir. Le corps semble tout noir, par moments j'ai aussi l'impression contraire de pouvoir voir à travers mon corps. C'est noir mon corps, et ça fait clair aussi par moments. Il est difficile d'expliquer ça. J'ai parfois l'impression de voir à travers mon ventre, de le voir transparent. Hier, j'avais plus d'aisance dans ma peau, aujourd'hui, la peau est collée au corps. J'ai l'impression que tout est bouché dans mon corps. Hier, la chaleur en moi était noire, sale, dégoûtante. Tout est noir en moi, d'un noir mousseux, comme sale. Je sens tellement mauvais en dedans que je m'en trouve presque mal. Aujourd'hui, je suis trop sèche. Mes dents sont d'une épaisseur comme la paroi de ce tiroir. L'épaisseur que j'ai dans le ventre, je la ressens aussi dans les jambes. On dirait que tout mon corps est épais, collé et glissant comme ce parquet. Elle a l'impression que son crâne est d'une blancheur neigeuse.*

c) *Hier, mes nerfs étaient trop longs, ils s'en allaient de tous côtés. Hier, j'avais un ventre énorme, de la grandeur du lit, et mes fesses étaient aussi beaucoup plus larges. Aujourd'hui, j'ai le petit ventre et les petites fesses. (Les journées du petit et du grand ventre alternent assez régulièrement, elle-même d'ailleurs qualifie les jours d'après la grandeur du ventre qu'elle éprouve et parle dans ce sens de journées du grand ventre et de journée du petit ventre.) Je sens une profondeur épouvantable dans la bouche qui va jusqu'au cœur et tous les jours cette profondeur devient plus grande. Le palais paraît très haut. Hier, c'était le jour du grand ventre. Il y avait comme de gros morceaux qui passaient dans le ventre et dans le corps. Aujourd'hui, c'est le petit ventre et tout est fin en moi, si fin, si fin. Ça tape aussi des petits coups dans la tête, tandis qu'hier c'étaient des gros coups. Le jour du grand ventre, les jambes, les épaules, tout est plus gros. Le jour du gros ventre, j'ai l'impression que les bras, les doigts s'allongent; le jour du petit ventre au contraire tout semble rentrer en moi comme si ça allait dans le ventre. Hier, la tête faisait gros sur l'oreiller, elle paraissait plus grosse qu'en réalité, aujourd'hui elle fait fin. Mon corps est tout plat. Aujourd'hui, je n'ai pas l'impression d'être plate comme l'autre jour mais au contraire d'être d'une profondeur épouvantable. Hier, on aurait dit que la figure et*

la bouche étaient si larges et aujourd'hui elles sont si petite et si resserrées. Ma bouche me fait l'impression d'être tout en long et non en large. Aujourd'hui, les dents sont grandes, grandes, hier au contraire elles étaient fines, fines.

Certes, nous pouvons dire que tous les qualificatifs employés par la malade pour caractériser ses sensations bizarres ne sont que des comparaisons destinées à traduire une situation à peine définissable. Mais le « grand luxe d'images et de comparaisons », mis en relief par Dupré, dans ses premiers travaux sur les cénestopathies, ne serait-il pas justement le signe révélateur du côté mental de l'affection désignée du nom de cénestopathie, n'en constitue-t-il pas même le trouble primitif? Pourquoi notre malade ne se contente-t-elle pas de dire qu'elle ressent des malaises fort pénibles et indéfinissables? D'où lui vient cette manie de vouloir exprimer à tout prix des choses qui ne se laissent guère exprimer? Pourquoi cette prodigalité de comparaisons allant au fond loin au delà du but poursuivi, la menant à parler de la transparence ou de l'opacité de son corps, de l'eau mousseuse qu'elle a dans le ventre, de la blancheur neigeuse de son crâne? Pourquoi emprunte-t-elle les comparaisons aux caractèrs sensoriels du monde extérieur qui sont entièrement étrangers à la prétendue cénesthésie normale? D'où ce besoin d'indiquer les objets extérieurs avec lesquels elle compare incessamment ses sensations, comme poussée par un besoin impérieux? Pourquoi au lieu de dire qu'elle n'arrive pas à localiser la douleur qu'elle ressent, la localise-t-elle en dehors d'elle-même dans le monde extérieur? Incriminer uniquement le travail imaginatif de la malade ne paraît guère fournir d'explication suffisante. Il est difficile d'admettre que la cénestopathie éveille régulièrement à tel point l'imagination et l'engage dans la voie spéciale que nous venons d'indiquer.

... Il y a chez notre malade des troubles cénestopathiques, je le veux bien, mais il y a certainement en outre la tendance pathologique à garnir, pour ainsi dire, ces troubles d'éléments sensoriels et spatiaux, et d'effacer ainsi la place spécifique qui revient dans notre conscience au moi corporel par rapport au monde extérieur. La douleur, phénomène essentiellement subjectif, fuse en même temps et dans la même mesure dans l'espace ambiant.

... Ainsi la conscience du moi corporel subit ici des modifications comparables et analogues à celles qui caractérisent l'automatisme mental par rapport au moi intime. Nous aurions presque envie de dire que si dans l'automatisme mental le malade accuse un viol de l'intimité mentale, dans certains cas de cénestopathies, du point de vue psychologique, l'intimité du moi physique est violée par le sujet lui-même.

Ce parallèle devient encore plus saillant, si nous complétons maintenant notre observation, en décrivant un groupe de troubles que présente notre malade et dont nous n'avons pas parlé jusqu'à présent.

d) *Mes nerfs me causent, ils me disent que demain ça sera encore pire. Quelque fois mes nerfs ne font que bredouiller, je ne les comprends pas alors. Mais il y a un an, je les entendais et je les voyais, je les voyais en hommes et en femmes au pied du lit et ils me disaient qu'ils étaient mes nerfs. C'est en dedans de moi qu'ils causent. Ça dit en moi : il n'y a pas de Bon Dieu, car autrement elle ne souffrirait pas ainsi. Est-ce moi-même qui me*

cause ainsi? Je ne le crois pourtant pas. Hier, mes pauvres nerfs me causaient encore, ils me disaient ce que j'allais faire une fois guérie. Je me demande s'ils ne se fichent pas de moi. Un petit nerf parlait avec une petite voix douce (en souriant). C'est idiot, mais c'est comme ça. Mes nerfs se rappellent beaucoup mieux de mon passé que moi-même. Ils me parlent de mon mariage, me rappellent ma jeunesse. Hier mes nerfs me disputaient, ils me disaient qu'il ne fallait pas m'étendre. Au début, je croyais que ces voix venaient du ventre, mais maintenant elles viennent de partout, d'un bout à l'autre du corps. Avant, c'étaient des voix douces, maintenant ce sont des voix qui vous font peur. Sont-ce mes propres pensées, je n'en sais rien. On dirait que tout ce que je touche, mes draps, ma chemise répètent ce que me disent mes nrfs. Les tramways qui passent en font autant.

Les nerfs font dans mon ventre la même chose que moi. Les nerfs ont une bouche dans le ventre. Je vois dans mon ventre une femme qui marche en boîtant comme moi.

... L'analogie avec l'automatisme mental devient ainsi on ne peut plus complète. Nous serions portés à croire qu'il s'agit au fond du même trouble qui a pour siège tantôt la conscience de l'intimité mentale, tantôt la conscience de l'intimité particulière du moi corporel.

Cette analogie n'est évidemment pas une explication. La nature intime aussi bien de l'automatisme mental que des cas de cénestopathies comparables au nôtre reste mystérieuse comme par le passé. Le parallèle relevé n'en présente pas moins un certain intérêt. Il met en évidence l'existence d'un trouble particulier qui, s'il détermine d'une part un sentiment de malaise physique ou de dislocation intérieure, est en même temps, de l'autre, dans les deux cas un trouble mental par sa tendance à se traduire, dans la conscience morbide, par une violation particulière des limites naturelles du moi (impénétrabilité du moi intime pour autrui et impénétrabilité du moi corporel pour moi-même) qui mène à un envahissement de ces « zones réservées » par des facteurs d'ordre sensoriel, rationnel et spatial qui, dans le psychisme normal leur sont entièrement étrangers.

Il paraît justifié de situer, dans l'ensemble des troubles mentaux, certains cas de cénestopathies comme celui de notre malade, à côté non pas de la neurasthénie ou de la psychasthénie, mais des psychoses à base d'automatisme mental, c'est-à-dire avant tout de la psychose hallucinatoire chronique de l'école française.

L'évolution chronique des deux affections, ainsi que la présence fréquente de troubles cénesthésiques dans la psychose hallucinatoire chronique plaident en faveur de cette conception. »

4. — Cénestophaties dites « essentielles »

OBSERVATION XII (BARUK et RACINE) [1]

Mme B..., âgée de 44 ans, vient consulter pour des sensations pénibles de la langue et de la bouche.

Début en 1932, à la suite « d'un grand surmenage ». La malade avait soigné pendant de longs mois sa mère très malade (fatigue jour et nuit, puis mort de sa mère, ce qui a entraîné un choc émotif violent). Le jour du décès, la malade se luxe le ménisque du genou. Opérée à l'Hôpital Tenon, elle reste six mois sans pouvoir marcher.

Reprend ensuite son travail d'ouvreuse de théâtre. Mais, à ce moment, apparaît un véritable syndrome de dépression nerveuse, à manifestations surtout physiques : battements de cœur, angoisse, fatigue.

Quelques mois après, brusquement, un dimanche de décembre 1932, survient dans la langue et la bouche une « gêne indéfinissable », « comme une enflure ». Cette sensation s'accentue peu à peu durant le mois qui suit.

Un mois après, apparaît une toux irritante, sèche, surtout la nuit. C'est après le début de cette toux, que la gêne de la langue de la bouche devient terrible et que se constitue ce que la malade désigne sous le nom de « son mal ». Le mal consistant d'abord dans les « mille sensations de brûlure », dans « des sensations d'asphyxie qui l'obligeaient à tousser. J'avais l'impression dit la malade, que tous les tissus se gonflaient, et cela me donnait la sensation de vomir, sans toutefois avoir mal au cœur. J'avais quelque chose qui montait, comme si quelque chose se déversait dans ma gorge, comme un poison. Ça brûlait comme un corrosif ».

Peu à peu, le « mal » s'est encore plus précisé. C'est devenu « une sensation » de corps étranger difficile à localiser. « A un moment donné, il semble que c'est sur la langue, d'autre fois sur le palais. A certains moments ça se ramollit comme caoutchouc. Je sens que quelque chose est gonflé au point que ça va m'étrangler, éclater. A ce moment-là, je sens comme des corps étrangers, comme un liquide qui circule et qu'on croirait qu'on injecte, etc... Je me sens obstruée. La luette, c'est pas la luette, c'est un clou qui rentre dans les chairs, etc... Le palais, je le sens comme une plaie vivante. » A certains moments, elle a l'impression que le palais est comme déplacé derrière le nez...

L'intensité de ce mal est « extraordinaire ». « Il n'y a pas de mots, dit la malade, assez forts pour décrire cette souffrance. C'est un mal affreux, immense, surhumain, incommensurable, une souffrance telle que c'est à se demander si elle ne va pas perdre la raison, et qu'elle a l'impression qu'elle ne pourra pas vivre jusqu'au lendemain. »

Ce « mal » est constant. Il disparaît toutefois dans le som-

1. Contribution à l'étude des cénestopathies. *Revue Neurologique*, 1935, T. II.

meil et au cours de la mastication. Quand la malade mange, mastique, elle est considérablement soulagée. « Quand je mange, dit-elle, je reviens à la vie tout à fait. »

La parole tantôt la soulage, tantôt au contraire l'aggrave.

La chaleur ou le froid, les épices semblent sans action sur le mal ni dans un sens ni dans l'autre. Toutefois, le fait de boire entre les repas aggrave beaucoup les sensations pénibles, « c'est alors dit la malade, une douleur comme si ça cinglait, comme une douleur qui siffle ».

La malade éprouvait en outre au début une certaine sécheresse de la bouche, avec une impression de durcissement des tissus « au point, dit-elle, qu'elle n'osait plus tourner la tête, craignant que les tissus ne se brisent tant elle les sentait parcheminés de sécheresse ». Cette sécheresse a disparu au bout de trois semaines.

La malade a dû abandonner tout travail. Elle ne peut plus penser qu'à ce mal toute la journée, et ne s'intéresse plus à rien d'autre. Toute son activité est dirigée vers le fait de trouver des médecins qui puissent la soulager ou la guérir, aussi les essais thérapeutiques faits depuis trois ans sont-ils aussi innombrables qu'hétéroclites : lavages, hydrothérapie, pointes de feu, réflexothérapie nasale, médications de toutes sortes, et même hystérectomie! Mais le mal persiste sans la moindre atténuation.

Ajoutons enfin que depuis l'apparition de la cénestopathie localisée, les signes généraux de dépression nerveuse (asthénie, palpitations) ont complètement disparu.

Examen langue et voile. — La langue est d'aspect normal. Les papilles du V lingual n'ont rien de particulier. La coloration de la muqueuse de la langue du voile, est sensiblement normale.

A noter que la malade présente de très longue date des aphtes. Ceux-ci ont présenté une véritable poussée après le début de la maladie actuelle. De temps en temps, on en voit reparaître quelques éléments.

La motilité de la langue et du voile est normale; la sensibilité est conservée à tous les modes, le goût est également conservé. Le réflexe vélo-palatin est faible, parfois même presque impossible à déceler.

L'examen neurologique est par ailleurs entièrement négatif. Tous les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Aucun signe d'atteinte d'aucun nerf crânien. Aucun signe pathologique, moteur, sensitif ni trophique.

Examen mental. — Par contre, l'étude psychologique de cette malade révèle des perturbations très particulières. On est d'abord frappé de la discordance qui existe entre les plaintes de la malade qui accuse une douleur « immense, surhumaine », et son aspect extérieur calme, semblant révéler une parfaite maîtrise de soi; le faciès n'est nullement contracté et paraît bien reposé. La présentation extérieure de cette malade ne paraît pas exprimer la douleur.

Lorsqu'on interroge la malade, elle n'accuse en dehors de « son mal » aucune souffrance morale. Elle se sent calme, dit-elle, en parfait équilibre mental. Elle ne sent aucune perturbation ni dans ses sentiments, ni dans sa pensée, ni dans sa volonté. Ce « mal » paraît, à entendre les explications de la malade, constituer un trouble nettement isolé, et malgré même son intensité si considérable ne s'accompagne d'aucune anxiété. Il y a là aussi une sorte

de discordance, sur laquelle il est impossible d'avoir aucun éclaircissement de la part de la malade. Lorsqu'on insiste sur ce point auprès d'elle, elle réagit vivement, et se fâcherait rapidement, comme si le moindre doute sur la réalité de ses souffrances constituait une insulte.

La malade n'accuse pas non plus de fatigue. Elle se sent, dit-elle, entrain; elle a une impression de vie intense avec plus de force qu'autrefois, et cette impression contraste avec la période dépressive qui a précédé l'apparition de la cénestopathie. Cependant lorsqu'on observe la malade d'un peu plus près, on sent bientôt derrière cette impassibilité qui pourrait sembler un peu affectée, une affectivité vibrante, hypersensible, mais fortement contenue. Cette affectivité se manifeste parfois brusquement lorsqu'on fait raconter à la malade l'histoire de sa vie. Celle-ci est assez agitée.

Née dans les Landes, elle a d'abord vécu à la campagne, et a mené, semble-t-il, jusqu'à 14-15 ans, une existence sans incident. Mais bientôt elle quitte le pays et est placée comme domestique. Alors commença une vie aventureuse et survinrent des incidents sentimentaux sur lesquels la malade s'étend complaisamment, avec une certaine ironie non exempte peut-être de satisfaction. Ses liaisons eurent lieu surtout avec des médecins. La rupture d'une dernière liaison fut pour elle, semble-t-il, l'occasion d'un violent choc affectif, et en en parlant les larmes viennent encore aux yeux de la malade, bien que d'une façon fugitive, et aussitôt réprimée. Après bien des déboires, la malade se marie et a été, semble-t-il, pendant une longue période horriblement malheureuse : souffrances de milieu, souffrances sentimentales, travail accablant dans un débit de boissons, aucune souffrance morale et physique ne lui aurait été épargnée. La seule consolation durant cette période était sa mère, mais cependant elle lui cachait soigneusement, dit-elle, ses souffrances intimes. Cependant ses déboires conjugaux s'atténuaient peu à peu; son mari changeait de situation, ses sentiments vis-à-vis d'elle se modifiaient complètement, et c'est au moment où ces diverses conditions s'amélioraient que survint la maladie actuelle. Cette période de chocs affectifs intenses et de tension nerveuse dura environ neuf ans.

L'examen mental montre donc plutôt des particularités psychologiques que des troubles importants des grandes fonctions psychiques : hyperaffectivité contenue, caractère renfermé, peu expansif, tendance à l'isolement, au repliement sur elle-même, tels sont les caractères qui nous ont frappés, chez cette malade, au fur et à mesure de nos examens successifs.

Il existe peut-être aussi chez elle une certaine complaisance excessive à raconter ses mésaventures et plus particulièrement ses nombreuses tentatives thérapeutiques infructueuses entre les mains d'un nombre énorme de médecins. Sous les dehors d'une sorte d'ironie résignée, la malade semble prendre un plaisir infini à raconter et à détailler, sans que nous ayons pu faire, tout au moins jusqu'à présent la preuve d'une véritable attitude mythomaniaque.

Enfin le caractère égocentrique de la malade est actuellement très accentué. Elle ne pense qu'à elle et à sa langue. Mais il s'agit là d'une véritable polarisation de toute la personnalité sur un seul sujet, très différent de la division et de la lutte anxieuse des vrais obsédés.

Antécédents. — A part les divers incidents psychologiques que nous venons de rapporter, le passé de cette malade semble relativement peu chargé au point de vue pathologique. On peut noter toutefois dans ses antécédents de fortes migraines avec vomissements l'obligeant à se coucher. Or, ces migraines ont complètement disparu depuis le début de la cénestopathie. Elle a eu cependant récemment une ou deux fois un malaise avec vertiges et nausées rappelant la migraine. Elle a présenté aussi à maintes reprises des périodes d'aérophagie. Il semble aussi qu'elle ait eu des tendances à des dépressions nerveuses périodiques, se traduisant surtout par une sensation très marquée de fatigue.

... L'observation précise que l'on ne trouve rien de particulier dans les antécédents héréditaires et collatéraux (la malade a eu quatre frères dont un âgé de 66 ans à ce moment).

Les différents examens ne montrent rien d'anormal.

L'examen hématologique, l'examen chimique du sang sont normaux.

Salive : étalement sur lames, pas d'élément cytologique anormal, réaction alcaline.

Pas de modification de la sécrétion gastrique avant et après injection d'histamine.

L.C.R. normal.

Métabolisme de base : + 5 %.

L'examen capillaroscopique montre des modifications capillaires importantes au niveau de la langue et du voile du palais...

... Les lésions capillaires constatées chez notre malade, précisent les auteurs, constituent donc un véritable substratum organique aux troubles subjectifs persistants qu'elle accuse. La sensation de gonflement, d'enflure, s'explique bien par l'existence d'une vasodilatation capillaire. La sédation de ces signes par l'alimentation peut aussi se comprendre par l'activité circulatoire qu'elle doit entraîner.

...On ne retrouve pas certes, ajoute M. Baruk, de signe d'atteinte organique spéciale cérébrale, cependant ces cénestopathies apparaissent très souvent à la suite d'une dépression nerveuse générale... Fait remarquable, les signes généraux de dépression nerveuse disparaissent au moment où se constituent et se fixent les signes locaux de la cénestopathie.

... Les troubles vasculaires locaux que nous avons pu constater dans le territoire des troubles cénesthésiques, conclut Baruk, semblent donc être eux-mêmes la conséquence d'une atteinte soit organique, soit simplement dynamique du système nerveux central.

« Dans beaucoup de cas, dit Dupré, on pourra trouver à l'examen local une lésion qui semblera déterminer les réactions cénestopathiques; mais l'ablation de la prétendue cause ne supprimera pas l'effet : et la persistance du trouble cénesthésique local démontrera, tout au moins, la nature secondaire et le rôle accessoire de la lésion dans la pathogénie de l'affection sensitive »[1].

1. DUPRÉ, ouvrage cité, p. 294.

Le rapprochement des perturbations vasculaires périphériques mises en évidence dans ce cas de cénestopathie « essentielle » avec les perturbations vasculaires à l'origine de cénestopathies symptomatiques (en fait, troubles du schéma corporel) permet aux auteurs de cette étude de supposer une « atteinte soit organique, soit simplement dynamique du système nerveux central ».

Toutefois, ajoutent MM. Baruk et Racine, « ces données sont encore trop peu nombreuses pour permettre d'envisager vraiment une pathogénie des cénestopathies. (Celle-ci apparait en effet extrêmement complexe : il faut faire une part importante au terrain physique et psychique; il existe parfois aussi des causes toxiques. Nous avons vu par eux des troubles cénestopathiques typiques à la suite de l'anesthésie générale. Il est encore très malaisé de préciser l'importance respective de tous ces facteurs) ». Ces données « permettent toutefois d'entrevoir quelques facteurs et d'orienter les recherches ».

Eliminant les névralgies, en particulier celles du glosso-phoryngien, la glossite de Hunter, il semble qu'aucune « épine locale ou générale » ne puisse expliquer les troubles présentés par la malade.

« Si l'étude psychologique de cette malade révèle des perturbations très particulières » celles-ci ne constituent pas un délire. D'autre part, MM. Baruk et Racine écartent le diagnostic d'hystérie en soulignant que « beaucoup de médecins ne manqueraient pas encore de rattacher les particularités psychologiques de la malade à la mentalité « dite hystérique .»

Sans doute les perturbations périphériques constatées chez cette malade ne permettent pas d'expliquer la façon particulière qu'elle a de les exprimer. Mais les troubles de sa personnalité (quel que soit le cadre nosologique auquel ils appartiennent) ne suffisent-ils pas pour ranger l'observation de cette malade dans la catégorie précédente de cénestopathies ?

Que les troubles psychopathiques ou neurologi-

ques soient si frustres qu'ils demeurent insaisissables justifierait l'existence des cénestopathies « pures ». Mais actuellement l'étude rigoureuse des malades appartenant primitivement à cette catégorie permet toujours de déceler des troubles connexes qui les orientent dans les catégories précédentes.

B) Rapport des cénestopathies et des altérations psychopathiques de la personnalité

Si la définition même de cénestopathie exclut toute activité délirante dans les « cas purs », les observations précédentes, dont l'une prise comme type de description par Dupré lui-même, montrent chez certains malades une altération telle de la réalité et une adhésion si absolue à leur croyance qu'il paraît illusoire de ne pas considérer ces malades comme d'authentiques délirants. La structure de leur personnalité éclaire la forme de l'expression de leurs troubles, les cénestopathies n'étant qu'un élément, qu'un mode d'expression et de référence du délire.

Ce qui est remarquable en effet, c'est que si les cénestopathies peuvent exister à l'état isolé, le plus souvent elles se trouvent imbriquées dans un système psychopathique (quelle que soit la structure de ce dernier). « Dans la clinique psychiatrique, les cénestopathies apparaissent associées aux troubles sensoriels, affectifs et intellectuels comme une des notes seulement du concert morbide. Elles sont toujours reliées, dans le tableau clinique, à d'autres éléments pathologiques auxquels elles se juxtaposent ou se combinent pour constituer un système psychopathique plus au moins riche, un délire plus ou moins systématisé » (Dupré) [1].

Les cénestopathies apparaissent comme un mode d'expression et de référence du délire, leurs connexions

1. DUPRÉ : *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, p. 294.

avec les hallucinaticns cénesthésiques demandent à être précisées. Il semble, en effet, que le concept de cénestopathie ait englobé bien des faits considérés auparavant comme l'expression d'hallucinations cénesthésiques. A ces dernières l'on accordait d'ailleurs « une portée toute spéciale »[2], la cénesthésie, le sens du corps étant dans cette perspective une base première de la personnalité et aux hallucinations cénesthésiques devaient correspondre souvent des altérations très graves de la personnalité (dédoublement, transformation).

A titre d'exemple nous reproduisons un passage d'une observation de de Clerambault montrant à la fois des troubles cénestopathiques et des hallucinations cénesthésiques :

« Il lui semble qu'on lui tord les entrailles, qu'on les perce avec des grilles, qu'on lui tire hors de l'abdomen. Elle sent sa gorge sèche et comme enduite de poudre, ses lèvres épaissies, sa peau sèche. Le vagin dit-elle a été attaqué et partiellement réséqué : la partie qui reste pend comme un bout de boyau. Des sortes de petites machines lui graillonnent dans les talons, la plante des pieds est rêche, comme s'il en sortait des poils de brosse, les doigts de pied sont cousus ensemble. On a enlevé et recousu un morceau. En diverses places la peau est déchiquetée comme par des débris de verre ou de fer. On lui lance dans les yeux des morceaux de verre. »

Chez cette malade de 38 ans présentant à la suite d'une intoxication chloralique des phénomènes oniroïdes importants avec conscience partielle des troubles l'on voit la coexistence de troubes cénestopathiques et d'hallucinations cénesthésiques — : cénestopathies en tant qu'allegations d'altérations corporelles, de sensations organiques particulières nécessitant pour les décrire un langage métaphorique, sensations prises en elles-mêmes, sans explication causale de la part de la malade; — hallucinations cénesthésiques en tant que ces mêmes sensations sont expliquées, leur cause reconnue dans l'action d'un agent extérieur. « La réalité bouleversée est celle du corps perçu comme

2. Gilbert BALLET, p. 203.

l'objet d'une expérience agressive ou l'habitacle d'un parasite, et celle de l'activité psychique elle-même dont la pure subjectivité est altérée, objectivée, désannexée. Le foyer du moi perd sa profonde réalité qui est sont unité même et sa liberté » (H. Ey). Au travers du canevas général de l'activité hallucinatoire s'inscrit une organisation délirante s'exprimant sous la forme de phénomènes d'influence, de phénomènes xénopathiques ou même de possession.

En tant que les troubles sensitifs subjectifs allégués correspondent à un trouble global xénopathique, hallucinatoire, les phénomènes senstifs sont eux-mêmes hallucinatoires. Le trouble cénestopathique ne répresente qu'une expression qualitative, un mode de référence, et le caractère hallucinatoire un mode de pensée dans lequel peut s'inscrire d'une façon toute contingente d'ailleurs les troubles cénestopathiques leur conférant leur caractère d'extranéité, les connexions structurales déterminant leur autonomie et leur physionomie propre. Nous voyons qu'entre cénestopathies et hallucinations cénesthésiques n'existent pas seulement des rapports de contiguité, la pensée hallucinatoire puisant dans les troubles subjectifs qui s'expriment en phénomènes cénestophatiques, leur propre qualité [1]. L'on peut constater cette même interpénétration des phénomènes hallucinatoires et des phénomènes cénestopathiques dans l'observation de Minkowski citée précédemment.

Si l'on voit les limites des cénestopathies se confondre avec celles des hallucinations, le plus généralement les cénestopathies ne comportent pas une telle altération de la réalité. « Si les hallucinations sont presque toujours associées aux idées délirantes, elles peuvent parfois apparaitre isolement et persister un temps variable et parfois fort long en dehors de celles-ci sans être associées à aucun délire. C'est à ce syndrome

1. Telle la forme cénestopathique de démonopathie interne décrite par Mme GAYRAL : Les délires de Possession diaboliques. Thèse Toulouse, 1944.

hallucinatoire pur et indépendant de toute interprétation morbide que j'ai proposé de réserver le nom d'hallucinose. Les cénestopathies représentant précisement dans le domaine sensitif général l'équivalent des hallucinoses dans le domaine sensoriel » (Dupré) [2]

Quelle qu'arbitraire que puisse paraitre la distinction entre hallucinatons et phénomènes hallucinosiques ceux-ci semblent, du moins au point de vue clinique, devoir garder leur autonomie. Si dans le cas d'hallucinose l'adhésion transitoire du sujet à ses fantasmes ne permet pas de distinguer phénomènes hallucinosiques et hallucinatoires, il convient de remarquer que l'hallucinosique critique le plus souvent, au moins dans une phase seconde l'incongruence de ses fantasmes. En tous cas ces troubles sont, paroxystiques, ne perturbent pas dans les périodes intercalaires le système des croyances et les lignes d'action du sujet au monde, et respectent les systèmes de référence à la réalité et la position réciproque des phénomènes objectifs et des phénomènes subjectifs, les troubles perceptifs étant le plus souvent au moins partiellement critiqués et considérés par le sujet comme une altération imaginaire du moi, comme une illusion.

La juste évaluation des rapports entre phénomènes objectifs et phénomènes subjectifs garantit l'intégrité du moi et son adhésion harmonieuse au monde. Dans les cénestopathies, le malade croit à une altération du moi corporel, croyance basée sur l'expérience subjective. Si des références objectives permettent de donner à notre corps une réalité propre, l'appréhension psychologique de notre corps n'en demeure pas moins le foyer de données immédiates subjectives. Si l'on peut dire avec Sartre que « la subjectivité est l'objectivité que je n'ai pas choisie », l'on voit combien apparait difficile et illusoire une juste appréciation de l'altération du moi dans les cénestopathies et combien

2. DUPRÉ, ouvrage cité, p. 295.

il est arbitraire et contingent de parler d'hallucinose pour cette catégorie de malades.

Quelle que soit la structure psychopathique, l'organisation de la personnalité, notre corps, notre sensorialité est un mode d'expérience, objet de perspective, « d'orientation psychique » (Bonnier), qui par son grossissement peut devenir un objet prévalent de notre attention, et se présenter suivant l'organisation psychopathique de la personnalité comme une idée délirante, une hallucination ou même simplement comme une préoccupation d'ailleurs plus ou moins légitime.

L'altération de la réalité, ici toute subjective, ne pouvant faire sa preuve, ce qui distingue la cénesto-pathie du délire, c'est la pérennité du syllogisme mécaniciste signalé précédemment. Qu'une altération organique soit l'origine de certaines cénestopathies, l'on ne saurait en douter. Que l'altération de voies sensitives, l'éveil de centres fonctionnels cérébraux intervienne dans la genèse de maintes d'entre elles, les données physiologiques permettent de soupçonner l'existence d'un tel mécanisme. Mais la plupart des malades, présentant au cours de maladies organiques caractérisées des douleurs ou des dysesthésies fort voisines des cénestopathies, ne prennent pas cette attitude vis-à-vis de leurs troubles, attitude qui caractérise les cénestopathies dans une large mesure et font de ces derniers un type original de personnalité tout autant qu'un mode particulier de trouble.

Si l'intuition hypocondriaque prémonitoire d'affections secondairement révélées implique une prise de conscience « rejoignant le merveilleux » [1], la participation psychologique très élaborée de tels cas ne peut être l'expression unique de perturbations de sensibilités organiques, de même les cénestopathies, si elles dépendent d'altérations périphériques, elles semblent être l'expression de particularités psychologiques qui

1. AUBIN et GACHKEL : Nosophobies prémonitoires, *A. M. P.*, juin 1949, p. 64.

assurent sinon la fixation topographique des troubles du moins la permanence de la situation morbide. Les cénestopathies apparaissent comme un mode d'altération du moi, les particularités psychologiques donnant aux troubles sensitifs la physionomie particulière des cénestopathies.

Nous avons vu que des malades de structure psychopathique fort différente pouvaient présenter des troubles corporels, des perturbations des sensibilités organiques en tous points semblables aux cénestopathies. C'est à ne pas différencier suffisamment les cénestopathies symptôme, des cénestopathies syndrome, que ces dernières perdent leur caractère dominant, psychologique, et que le concept de cénestopathie perd également sa précision sémiologique qu'il semble devoir garder tout en précisant les conditions relatives de son existence.

Les cénestopathes, présentant des troubles sensitifs particuliers, — une fois reconnues l'originalité et l'anorganicité du symptôme, — certaines conditions physiologiques permettent d'en comprendre une partie de la genèse mais jamais la totalité : « Il est toujours difficile quand on se trouve en présence de tels malades de se défendre contre l'impression d'une affection psycho-névrotique tant est singulier leur récit, à base de sensations bizarres jusqu'à l'innéffable, étonnamment topographiées, variables, sous-tendues d'anxiété, pleines du climat de l'hystérie des anciens classiques » [2]. Ne conclut-on pas le plus souvent, quant à l'origine du syndrome, « à la nature hystérique, neurasthénique, psychasthénique ou hypocondriaque » ? (Duprè). C'est qu'en effet les cénestopathies paraissent résumer un mode de pensée, un certain type de référence, de connaissance de notre corps constituant une véritable dimension propre de notre

2. RISER, GAYRAL, LABOUCARIÉ, PIGASSOU : La symptomatologie « cénestopathique » au cours des atteintes radiculo-médullaires cervicales. Congrès Marseille, 1948.

personnalité qui dans certains cas se trouve isolé de toutes perturbations majeures saisissables et constitue une mentalité spéciale différente de l'orientation uniquement hystérique, neurasthénique ou hypocondriaque de certains autres malades mais empruntant à chacun d'eux quelques-uns de leurs caractères.

TROISIEME PARTIE

Le Corps,
Dimension psychologique de notre personnalité
(Base de la pensée cénestopathique)

> « Le problème du corps et de ses rapports avec la conscience est souvent obscurci par le fait qu'on pose de prime abord le corps comme une certaine chose ayant ses lois propres et susceptible d'être définie du dehors alors qu'on atteint la conscience par le type d'intuition intime qui lui est propre. »
>
> (SARTRE : *L'Etre et le Néant*, p. 365.)

Quel que soit le mode de pensée des malades présentés dans nos observations, nous constatons chez eux une attention prévalente à des modifications corporelles polarisées pour certains d'entre eux en une préoccupation obsédante plus ou moins mêlée d'anxiété, pour d'autres chargée d'une signification xénopathique, pour d'autres enfin devenant l'objet d'un véritable délire de transformation corporelle allant jusqu'à se confondre avec le délire des négations.

Dans le cas caractéristique de Baruk et Racine (observation XII) la malade présente des dysesthésies

avec sensations de gêne, d'enflure, de brûlure, de durcissement, de gonflement, ajoutant à ces sensations l'enrichissement d'une description métaphorique : « c'est comme des corps étrangers. C'est comme des grains de millet, comme des veines gonflées, comme un liquide qui circule... » Dans ces dires la malade ne se sépare pas des malades présentant n'importe quelles dysesthésies. Par contre lorsqu'elle dit que « la luette, c'est pas la luette, c'est un clou qui reste dans la chair; que le palais est comme déplacé derrière le nez. Lorsqu'elle craint que les tissus ne se brisent tant elle les sent parcheminés de sécheresse », il nous semble que de telles allégations témoignent d'autre chose que de simples dysesthésies.

Nous sommes en présence d'une malade affirmant des modifications organiques erronées. Pour elle, ses troubles sont l'objet d'une croyance, d'un mode de connaissance d'une altération de la réalité tel qu'il rejoint l'idée délirante et ne se sépare du délire que par la sujectivité de la réalité de notre expérience corporelle. Il s'agit là de cénestopathie, de préoccupation corporelle localisée basée sur une interprétation incongrue de la réalité de notre corps.

Le sens commun adopte aisément la réalité du corps, l'expérience perceptive suffit à sa démonstration « Je le sais parce que je le sens » nous disent les malades présentant des cénestopathies, mais « je le sais parce que je l'entends » affirme également l'halluciné. Ces deux affirmations soulignent assez toute la contingence de cette « réalité » que nous font connaître les sens, et l'exemple de l'hallucination montre que l'imagination participe également à cette réalité en la recréant. « Tout le problème est de savoir comment l'image **prend la valeur** de la sensation »[1]. Sa solution réside en l'analyse phéno-

1. « La *sensation* n'est pas un pur contact par lequel la réalité touche la conscience, c'est une construction, un *acte* par lequel la sensorialité, l'esthésie est créée. Son coefficient de « réalité » n'est pas intrinsèque au contact sensoriel, il lui vient d'un ensem-

ménologique qui établit que l'opposition de ces deux formes psychologiques, de ces deux « existants » n'est qu'apparente et s'efface dans une structuration de l'être où objectivité et subjectivité se rejoignent dans une commune existence.

La conscience du corps implique une prise de position ontologique où l'être et le néant se nouent en une existence imaginaire concrétisée en un tout, — donné à priori et d'une façon immédate, — en un gestalt originaire. C'est cette gestalt que nous nous proposons d'étudier ici, du moins d'en saisir quelques éléments, car les cénestopathies autant que l'expression de sensations, paraissent être l'extériorisation d'éléments de cette gestalt à la faveur de perturbations de la personnalité.

Si « les existants comparaisent devant la conscience sur le fondement de leur être » [2], il nous semble possible de les retrouver par « les forces imaginantes de notre esprit (concernant notre corps) qui creusent le fond de l'être, — où la forme est enfoncée dans une substance, où la forme est interne » [3], dont l'orientation et les contenus constituent ce que d'une façon globale l'on pourrait désigner d'« imagination corporelle ».

L'analyse phénoménologique montre qu'il y a plusieurs manières pour le corps d'être corps suivant qu'il

---

ble de rapports qui le lui font *attribuer*. De même l'*image* n'est pas irréelle seulement parce que sa propre lumière serait en veilleuse, mais parce que son aspect d'irréalité lui est attribué par l'ensemble des fonctions psychiques que l'on appelle « imagination, mémoire, etc... » mots abstraits qui désignent des faits concrets. Enfin l'hallucination ne devient pas *réalité* par exaltation intrinsèque de la propriété sensorielle de l'image, elle ne prend cette valeur que par le jeu des opérations mentales dont elle est le produit. » (H. EY : Quelques aspects généraux du problème des hallucinations. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie,* Vol. XXXII, fasc. 2, 1953.)

2. SARTRE : *L'Etre et le Néant,* p. 30.

3. BACHELARD : *L'Eau et les Rêves,* p. 1. — Par ailleurs, cet auteur précise qu' « au lieu de chercher la qualité dans le tout de l'objet comme le signe profond de la substance, il faudra le chercher dans l'adhésion totale du sujet qui l'engage à fond dans ce qu'il imagine. » (*La Terre et les Rêveries du Repos,* p. 81.)

est considéré en-soi, pour-soi ou pour-autrui, mais le corps correspond également à des nœuds de signification imaginaires qui appartiennent à la gestalt de notre corps « que je puis indifféremment appeler le Corps Réel ou bien le Corps Imaginaire »[4]. Cette gestalt forme un tout dans lequel notre corps apparait tout à la fois comme puissance, présence et lieu spatial. Notre corps parait prmitivement doté d'une puissance, d'une force en elle-même qui se résoud en action dans un devenir propre. Cette relation dynamique initiale au monde, cette force propulsive de l'être vivant, cette « hormé » forment un tout dynamique orienté dans une donnée globale, syneidétique à laquelle nous nous référons constamment lorsque nous appréhendons notre être. Expression de l'organisme elle est le mouvement même dans l'espace et la durée des forces biologiques constitutives de la vie organique.

D'emblée notre corps est ensemble élan s'affirmant au monde et surgissement du temps. Cette « générativité » (Husserl) fonde à la fois notre activité et notre individualité qui relativement implique le non-être et la néantisation de l'être. Cette référence dynamique de l'être toujours présente dans la signication imaginaire du corps, liée à ses autres qualités les charge d'un devenir, d'une intentionnalité propres, nécessaires à leur développement et constituant dans la réalité de notre corps une dimension inséparable.

L'analyse freudienne retrouvant dans les images leurs valeurs symboliques, il convient de remarquer l'étroite relation de ce symbolisme aux formes imaginaires primitives. Toutefois, celles-ci ne se laissent pas atteindre dans leur totale existence par l'interprétation réductrice de l'analyse freudienne qui rejoint les archetypes de l'imagination et non ses données immédiates, syneidétiques. Le dynamisme fondamental de l'être est recouvert d'une signification « inconsciente » qui, elle, est l'expression d'une ac-

4. VALERY : *Réflexions simples sur le Corps.* Variété V, p. 74.

tivité complexuelle déjà hautement élaborée mais que l'imagination corporelle investit dans ses données. Le pouvoir hormique de l'être est supplanté par une structuration complexuelle qui en interaction avec lui, élargit sa signification en des instances imaginaires dont l'analyse freudienne établit la correspondance pour-autrui et qui retentissent dans l'appréhension imaginaire du moi corporel.

Notre corps d'une façon tout aussi primitive est « éprouvé », mais comment denommer ce « sentiment que nous avons d'une substance de notre présence »[5] ? Pour M. Guiraud, ce sentiment, « éprouvé vital, atopique, aspatial » est l'expression de l'activité synérgique et autonome des centres végétatifs. Mais quelle traduction en donner devant la conscience ? Ce phénomène premier de la conscience du corps semble se confondre avec l'affectivité, la sensibilité originelle, et « par là même ne saurait apparaitre sans soutenir avec la totalité de ce qui est des relations signifiantes ». Mode d'expression de l'en-soi, il échappe à la perspective intentionnelle du pour-soi, du Je. (Je suis) sentant, (je suis) éprouvant [comme (je suis) colère, (je suis) faim] implique l'existence du sujet. La donnée immédiate à la conscience est — comme : je suis, — leur dépendance réciproque s'inscrit dans une réalité dont on saisit l'immanente condition en même temps que la relative existence. Si selon M. Merleau-Ponty « la sensation apparaît nécessairement dans un milieu de généralité », elle comporte « un germe de rêve et de dépersonnalisation » dont on saisit toute l'importance dans la gestalt de notre corps.

Notre moi corporel, relation dynamique au monde, éprouvé « existant » est au-monde et par là spatialité. Ce caractère de spatialité inhérent au corps est d'emblée comme l'a montré M. Merleau-Ponty « une spatialité de situation et non une spatialité de posi-

5. VALERY, ouvrage cité, p. 70.

tion ». Notre corps n'est pas, en schématisant à outrance, un point de l'espace, proposition réduisant le corps à un objet dans le monde objectif. Cette perspective rationnelle n'est point celle qu'appréhende l'imagination corporelle. Pour elle la spatialité est la projection de l'être dans les significations spatiales, et la notion de « schéma corporel » est « finalement une manière d'exprimer que mon être est au monde » [6]. Mais on voit que ce terme de schéma ne doit pas être considéré « comme un nom commode pour désigner un grand nombre d'associations d'images » elles-mêmes conçues dans une perspective atomistique, et que l'on ne peut pas non plus le ramener qu'à des éléments constitutifs de sensations (Storch-Foerster) ; c'est une référence beaucoup plus générale de l'être au monde qui « ne se limite pas aux contenus effectivement et fortuitement associés dans le cours de notre expérience, mais les précède d'une certaine manière et rend justement possible leur association » [7]. L'on pourrait dire que le corps assume l'espace par sa projection active en lui et que l'espace n'est réalité que relativement à cette spatialité signifiante du corps. La diversité des faits pathologiques rapportés aux « troubles du schéma corporel » montre que par leur participation symbolique ils ne se laissent pas réduire à un trouble élémentaire univoque. La notion de « schéma » les rapproche assez arbitrairement, montre leur lien de parenté dans la signification de l'être au monde (c'est-à-dire dans une orientation structurale de la personnalité), mais l'explication des troubles par la perturbation « du » schéma, mode commun d'explication, est passible des mêmes critiques que l'utilisation de la notion de cénesthésie dans la genèse des troubles psychopathiques.

Outre ces formes (au sens de gestalt) primitivement données à l'imagination corporelle « dans

---

6. MERLEAU PONTY : *Phénoménologie de la perception*, p. 117.
7. MERLEAU PONTY, ouvrage cité, p. 116.

l'adhésion totale du sujet qui s'engage à fond dans ce qu'il imagine », Mon-Corps répond encore à d'autres acceptions où la participation imaginaire apporte sa contribution mais d'une façon plus « formelle ». C'est d'une part le corps considéré comme forme dessinée, comme Image et d'autre part comme objet.

L'Image de notre corps, connue que très approximativement, est lourde de signification symbolique. Cette Image que nous présentons, ou que nous croyons présenter, est celle que nous renvoie le miroir, — elle est celle que voient les autres et celle qui est pour les autres, — celle « qui a une forme et que saisissent les arts » (Valery). « Il y a autour de cette image une immense série de phénomènes subjectifs depuis l'illusion des amputés en passant par les hallucinations du double, son apparition onirique et les objectivations délirantes qui s'y rattachent. Mais, le plus important, (ajoute M. Lacan à qui nous empruntons cette citation) est encore son autonomie comme lieu imaginaire de références des sensations proprioceptives »[8]. D'autre part M. Lacan montre que la maturation précoce de la perception visuelle lui donne une valeur d'anticipation fonctionnelle. « Il en résulte, d'une part, la prévalence marquée de la structure visuelle dans la reconnaissance, si précoce, nous l'avons vu, de la forme humaine. D'autre part, les chances d'identification à cette forme, si je puis dire, en reçoivent un appoint décisif qui va constituer dans l'homme ce nœud imaginaire absolument essentiel, qu'obscurément et à travers des contradictions doctrinales inextricables la psychanalyse a pourtant admirablement désigné sous le nom de narcissisme. C'est dans ce nœud que git en effet le rapport de l'image à la tendance suicide que le mythe de Narcisse exprime essentiellement »[9].

De plus, toujours selon M. Lacan, dans sa struc-

8. LACAN : La causalité psychique. *Evolution Psychiatrique*, 1947, T. I, p. 157.

9. LACAN, ouvrage cité, p. 158.

ture imaginaire l'image de notre corps serait appréhendée primitivement dans une véritable captation par l'image de l'autre; et c'est dans l'autre que le sujet s'identifie et même s'éprouve tout d'abord. A ce « stade du miroir », M. Lacan souligne que le premier effet de l'image chez l'être humain est un effet d'aliénation du sujet. Nous voyons par là la signification de l'Image de notre corps par rapport à l'être, pour autrui, qui est une émancipation symbolique dont l'autonomie est fondée par sa signification et non par une commune association d'images au sens atomistique. Que cette signification échappe dans l'être pour-autrui, se trouvent extériorisées des formes pathologiques de notre Image (phénomènes heautoscopiques) qui ne diffèrent en rien de la structuration délirante.

En tant que système de référence de signification imaginaire l'image de notre corps apparaît donnée également en un « schéma », mais ce schéma corporel pour-autrui diffère du schéma corporel d'appréhension spatiale, pour-soi; ils sont deux modes distincts de référence imaginaire de l'existence de notre corps.

Enfin notre corps est pour nous objet, dont nous n'avons d'ailleurs qu'une connaissance très fruste, mais qui est aussi donné dans une forme imaginaire primitive où se réfractent les mythes relatifs à la connaissance de l'homme avec leurs apports sociaux. Ce corps « n'a d'unité que dans notre pensée, puisqu'on ne le connaît que pour l'avoir divisé et mis en pièces. Le connaître, c'est l'avoir réduit en quartiers et en lambeaux... (Valery). « Nous le connaissons non pour l'avoir vu dans un miroir mais appréhendé comme un objet qui représente un autre, —l'autre— et auquel nous nous assimilons que bien approximativement. En moi, il n'est rien qu'une construction imaginaire, apport de l'autre. Son organisation est l'organisation de l'autre, réalité étrangère au moi mais dont l'existence my-

thique confère une signification en moi, signification qui est sa réalité propre et laquelle le moi se réfère. La causalité objective est coexistente de la causalité subjective et le phénomène connu immédiatement comme sensation et comme mythe leur appartient indifféremment dans une gestalt commune.

Nous voyons que notre corps ne se laisse pas réduire à un simple objet, à une addition de choses, mais qu'il est une multiplicité de formes imaginaires dont l'unité se résoud en une réalité significative de l'être, en une dimension de la personnalité dont les atteintes nevro-psychopathiques se réfléchissent en elle. Les perturbations élémentaires du corps imaginé ne peuvent être que subséquentes à l'être, puisque lui-même contient les éléments; elles ne sauraient apparaître en dehors des relations de l'être au monde où subjectivité et objectivité se confondent.

La personnalité des cénestopathes.

Dupré s'est attaché à montrer que les cénestopathes, — présentant une forme particulière de déséquilibre de la sensibilité, — constituaient une catégorie de malades à part, se distinguant des hystériques, des neurasthéniques, des hypocondriaques et des malades délirants. C'était bien là poser le problème de la personnalité des cénestopathes. Mais si Dupré en décrivait les caractères originaux, ceux-ci n'étaient l'expression que d'une atteinte cérébrale, d'une lésion, et toute explication psychologique en était exclue, les troubles psychopathiques éventuellement rencontrés chez les cénestopathes étant secondaires au trouble « sensitif » élémentaire.

Nous avons vu que le plus grand nombre des cénestopathies étaient associées à des troubles mentaux, dispersées dans des formes psychopathiques les plus diverses. Il paraît difficile d'admettre à l'origine de ces différentes formes une seule cause : la perturbation des sensibilités organiques; et il semble plus satisfaisant de considérer l'originalité de leur expression comme résultant de l'épanouissement de particularités psychologiques apparues à la faveur d'un trouble général de la personnalité qui en assure la permanence et la prévalence. Il ne s'agit pas là d'un essai d'explication psychogénétique du processus psychopathique ni de la négation à son origine de toute perturbation organique « périphérique », mais simplement de la réhabilitation de facteurs psychologiques parti-

culiers qui prennent toute leur importance par l'altération même de la personnalité des malades.

Si, d'une part cette personnalité des cénestopathes se distingue de celle d'autres malades (en particulier des hystériques, des hypocondriaques), et d'autre part se signale par des caractères propres, la contingence des entités psychiatriques fait que sa distinction est arbitraire et relative et que son autonomie tient à la majoration de traits psychologiques, plus saillants en elle qu'en les autres « entités », — sans pour cela que ces traits psychologiques lui soient uniquement réservés. Si la personnalité des cénestopathes est une réalité clinique dont les particularités psychologiques forment un tableau original, elle ne constitue pas une entité avec son autonomie psycho-physio-pathologique. La description de la personnalité des cénestopathes, de par l'existence relative de cette dernière, se réduit donc à souligner ses caractères principaux, eux-mêmes relatifs.

A la faveur de quels troubles, — sinon de l'altération de sensibilités organiques, — naît chez ces malades la certitude d'altérations, de transformations de certains de leurs organes qu'ils sentent d'une façon étrange et inexprimable? Que les préoccupations de notre corps, les contenus de l'imagination corporelle avec ses sources inconscientes et archaïques, le résumé schématique du donné corporel soient les points de repère d'une perspective constante de notre personnnalité, comment chez de tels malades peuvent-ils prendre une telle acuité si ce n'est par une organisation, une structuration particulière de toute leur situation psychopathique?

Par l'effacement des caractères majeurs d'altérations psychopathiques diverses, les cénestopathies paraissent d'autant plus « pures »; mais quand bien même elles s'affirment dans toute leur pureté est-il possible de méconnaître qu'elles empruntent, même d'une façon très camouflée, des traits à ces caractères? Et même lorsque l'on cherche à distinguer ces

formes pures d'autres formes psychopathiques telle que l'hystérie, l'hypocondrie, ne voyons-nous pas souvent quelques traits de celles-ci se réfléchir en elles? Malgré cette existence arbitraire, chez tous ces malades présentant des préoccupations corporelles dominantes l'on retrouve quelques caractères psychopathologiques constitutifs qui sont ceux-là mêmes qui servent à tracer les limites des cénestopathies. Les conditions d'épanouissement de la personnalité des cénestopathes semblent tellement superposables qu'il n'est guère possible d'y voir qu'un rapport contingent.

Il est à remarquer d'abord que les cénestopathies n'apparaissent qu'à l'âge adulte; ce qui implique une situation, une maturation psychologique qui échappe à l'âme enfantine. Notre histoire « organique » se charge chaque jour d'incidents, d'accidents pathologiques plus ou moins importants se réfléchissant en une véritable dialectique de la maladie, de la santé et de notre corps. Par ailleurs certains donnés sensibles se révèlent à notre conscience et deviennent objets de notre expérience et de notre connaissance. A la longue, la réalité de notre corps prend ainsi une signication plus approfondie sinon toujours plus exacte, et nous pensons avec H. Ey que « ce qui touche aux viscères, aux fonctions organiques, aux actes médicaux, à cette réalité qui est pour chacun de nous celle qui demeure la plus intime et la plus secrète, éveille chez tous les hommes un émoi assez vif, étrange écho du narcissisme le plus primitif. La honte, la curiosité, la coquetterie, l'effroi, le plaisir et la douleur émergent de ce « complexe corporel » et se réfléchissent en lui. Ainsi se constitue un système d'images privilégiées et particulièrement émouvantes, qui ne cessent de nous occuper, sorte de toile de fond, condition et accompagnement de toute réalité, clavier sensible de notre existence. Naturellement cette matière organique à travers laquelle et par laquelle nous vivons, qui est en nous, qui nous appartient et à laquelle

nous appartenons pèse de tout son poids sur notre vie psychique et sans cesse l'attire vers l'angoisse de l'existence corporelle, vie précaire, que la maladie et la mort guettent », existence corporelle qui ne prend sa pleine signification qu'à l'âge adulte sinon d'une façon critiquée, du moins d'une façon vécue.

Si, selon Dupré, « les explications que donnent les cénestopathes de leurs troubles ne paraissent pas plus absurdes que celles de sujets normaux qui essayeraient d'interpréter le mécanisme de leurs souffrances », [1] l'on ne peut s'empêcher de voir dans leurs explications une méconnaissance anatomo-physiologique étonnante et des interprétations frustes et erronées de leur fonctionnement organique qui sont l'extériorisation d'une croyance non critiquée et irréductible dont on ne saisit pas comment en fait on pourrait la séparer de l'idée délirante. La nature psychopathique de cette connaissance erronée est d'autant plus probable qu'elle apparaît fréquemment à la suite d'une phase dépressive allant jusqu'à des actes d'autodestruction, ou même à la suite de troubles psychopathiques plus nettement caractérisés tels que schizophrénie ou involution sénile par exemple.

Que certains de ces sujets apparaissent comme des « déséquilibrés de la sensibilité » le terme même de déséquilibre témoigne de la fragilité de ces malades qui sont le plus souvent des sujets tarés à hérédité plus ou moins chargée comme l'avait déjà signalé Dupré dans ses premières observations. Chez ces sujets en effet est souvent suspecté un certain déséquilibre, une certaine fragilité, un certain degré d'arriération affective voire même de débilité mentale. « Pour vivre en état de santé c'est-à-dire d'adaptation vis-à-vis de soi-même et de son entourage, dit Hesnard, l'individu doit arriver à tolérer la non-satisfaction d'une certaine quantité de désirs. Donner quelque chose de soi à l'entourage, porter son intérêt sur

1. D'après DUPRÉ, ouvrage cité, p. 301.

le monde extérieur exige une capacité de sacrifice que le sujet finit par acquérir à un degré variable selon l'hérédité, le milieu éducatif, les circonstances fortuites. Cette capacité de sacrifier une part de ses tendances instinctives et de reporter son activité sur l'ambiance permet, sans trop de souffrance, le développement de l'individu et son adaptation sociale » [2]. Cette capacité se trouve chez le cénestopathe entravée, arrêtée dans son développement. Il s'agit chez lui d'une véritable « faiblesse psychologique », d'un désordre des fonctions de synthèse, d'un rétrécissement du champ de la conscience laissant libre cours aux affects de l'inconscient qui par « symbolisation et condensation » sont à la base des symptômes morbides.

La pauvreté même des explications, des conceptions des malades fait souvent soupçonner un certain degré de débilité mentale : dans la majorité des cas, il semble en effet qu'un certain degré, même léger, d'arriération affective et intellectuelle ait une large part dans la genèse des troubles. Mais il convient de souligner aussi que la pauvreté, la puérilité, la niaiserie des explications peut être également le résultat de la déficience inhérente au trouble psychopathique générateur, apparu lui-même secondairement dans l'évolution du sujet. Dans ce cas, le caractère involutif de la personnalité se signale par les autres signes de détérioration mentale qui prennent ici toute leur valeur.

Si Dupré signale que les cénestopathes conservent pour la plupart leur activité affective et sociale, les observations montrent que ce fait est exceptionnel, les malades abandonnant souvent leur travail et comme la malade de M. Baruk (obs. 12) ne peuvent plus penser qu'à leur mal toute la journée et ne s'intéressent plus à rien d'autre.

---

2. HESNARD : Le mécanisme psychanalytique de la névrose hypocondriaque. *Revue Française de Psychanalyse,* 1929, n° 3.

Ces quelques points de répère nous permettent déjà de fixer certaines limites même très approximatives, de la personnalité des cénestopathes. L'existence de celle-ci dépend d'un certain mode de développement de la personnalité avant l'apparition du syndrôme cénestopathique en même temps que d'une organisation franchement psychotique, à l'occasion le plus souvent d'un épisode dépressif. Le thème des préoccupations constitue d'autre part le caractère dominant et original de cette catégorie de malades.

Le thème invariable, permanent et irréductible donne à ces malades, — dont la croyance est absolue et le comportement entièrement replié et polarisé par cette croyance, — l'aspect de malades délirants. Duprè affirmant la réalité des sensations subjectives alléguées par ces malades (par perturbation des voies ou des centres de la sensibilité organique) les distingue soigneusement de toute activité délirante. Sans doute en est-il ainsi dans les cénestopathies symptômatiques d'affections neurologiques dont peu de choses les distingue des simples dysesthésies qui restent dans ce cas un trouble élémentaire, un symptôme sans intégration profonde à la personnalité; mais dans le syndrôme cénestopathique caractérisé par une situation particulière de cette personnalité, les relations si étroites des troubles cénestopathiques avec les altérations psychotiques permettent de soupçonner une continuité entre ces troubles, et non une simple contiguïté.

L'originalité de la personnalité des cénestopathes tient à l'originalité de la réalité qui les préoccupe. Celle-ci connue d'une part par la sensation, d'autre part par une apprehension immédiate de la conscience, les troubles de cette réalité peuvent être attribuées à des sensations ou à un certain état de conscience, mais celui-ci n'étant en fait que l'intégration psychologique de celles-là leur existence commune est indivisible. L'une s'épanouissant dans la subjectivité de notre être, l'autre dans son objectivité, notre dialectique dualiste les sépare, si l'on oublie leur même origine où objec-

tivité et subjectivité sont indiscernables. Appréhendée comme l'altération d'une réalité subjective, cette altération, superposable à celle plus évidente de la réalité objective, coïncide avec une atteinte de la personnalité en une structure délirante comme en témoignent les troubles connexes du comportement et de l'intégration au milieu que présentent les cénestopathes.

La même ambiguïté existe à la base de la compréhension des idées de négation relatives à notre corps. Attribuer ces troubles à une « acénesthésiopathie » à une abolition des sensibilités organiques revient à méconnaître la structure psychologique mixte subjective et objective de l'imagination corporelle sur laquelle repose la situation paradoxale de ces malades qui affirment leur néantisation en étant.

Si l'on est tenté aussi de rapprocher les cénestopathes des hystériques c'est que l'hystérie puise dans les composantes de l'imagination corporelle de nombreux éléments de son expression qui marquent pour elle une voie à la « complaisance somatique » caractéristique de cet état. Puisant aux sources mêmes de l'imagination corporelle où subjectivité et objectivité sont indivises, elle tend dans son expression objective à mettre sur le plan de l'objectivité, — à réaliser — des composantes structurales subjectives, leur faisant attribuer un caractère imaginaire par cette confusion même de la subjectivité et de l'objectivité, par l'excès d'expression, le « débordement d'expression » de la subjectivité. On voit donc qu'il existe une certaine parenté entre hystérie et cénestopathies, mais seulement par leurs références psychologiques communes sur ce point.

Les cénestopathes se séparent des hystériques par l'organisation irréversible des troubles qu'ils présentent. Si les malades acceptent les consolations et sont sensibles aux marques d'intérêt qu'on leur porte, leurs troubles n'en restent pas moins accusés, et toute psychothérapie n'agit qu'autant qu'agit toute psychothé-

rapie luttant contre une idée délirante systématisée mais non comme elle le ferait vis-à-vis de troubles pithiatiques. Nous pensons avec H. Ey que l'hystérie apparait dans le cadre des altérations de la personnalité « comme un des premiers termes, une des formes les plus légères des psychoses et requiert le même conditionnement organique nécessaire à toutes les psychoses », les cénestopathes s'en séparant uniquement par un trouble plus profond (franchement psychotique) caractérisé cliniquement par la fixité rigoureuse du trouble, sa persistance, son imperméabilité à toute critique, son irréductibilité rendant inefficace toute psychothérapie. D'ailleurs, comme toute conviction délirante fixée, elle est particulièrement résistante aux différentes méthodes thérapeutiques tant médicales que chirurgicales utilisées jusqu'à ce jour en psychiatrie.

Enfin, toujours selon Duprè, « si tous les hypocondriaques ont des troubles cénestopathiques, les vrais cénestopathes ne sont nullement des hypocondriaques ». Pour Deny, « c'est avant tout à un trouble, à une perturbation fonctionnelle de la cénesthésie cérébrale qu'il faut rattacher les états hypocondriaques ». Nous avons vu d'autre part que M. Guiraud fait de l'hypocondrie une cénestopathie pure. Pour cet auteur la différence entre les cénestopathies et les douleurs psychopatiques hypocondriaques réside dans le fait que ces dernières sont appropriées à la personnalité. H. Ey enfin rattache les cénestopathies aux délires hypocondriaques : « l'énoncé des troubles cénesthopathiques n'est séparé du délire, — s'il est, — que par la minceur d'une metaphore »[1]. Mais l'hypocondrie dans sa forme majeure est le plus souvent assimilée à sa forme paranoïaque. M. Borel dans une récente étude[2] disait même de l'hypocondrie qu'elle est « l'anxiété du paranoïaque ».

1. H. Ey : Les délires hypocondriaques. *Cours de Psychiatrie Sainte-Anne*, 1947.
2. Borel : Les Psychoses réactionnelles. *A. M. P.*, juin 1949.

Mais il convient de remarquer que les préoccupations hypocondriaques servent à désigner un caractère clinique dominant commun à des personnalités psychopathiques multiples (tout comme le font les préoccupations cénestopathiques). Les ériger en entité serait omettre que ces préoccupations sont elles-mêmes l'extériorisation de structures psychologiques fondamentales communes à tous. Si la cénestopathie est le fait d'une croyance erronée en une altération corporelle épanouie en des « sensations » étranges et indéfinissables, l'hypocondrie nous semble être surtout, dans sa structure psychologique, une crainte de la maladie, liée elle-même à la peur de la mort. C'est la préoccupation d'une atteinte de notre devenir, concrétisée par un mal, beaucoup plus que la préoccupation d'une modification corporelle installée qui inquiète, plus par sa présence que par son évolutivité.

Si l'imagination corporelle adhère à une spatialité subjective et objective elle emprunte une dimension temporelle appréhendée d'une façon globale et primitive chargée de toute la signification du devenir de notre être et de sa néantisation [3]. Le mal, la maladie est le point de jonction d'affects divers ou les éléments de la pensée la plus primitive ainsi que les apports de notre vue instinctuelle se fondent en une existence symbolique imaginaire qui est le support inséparable de notre devenir corporel. De par cette émergence du facteur temporel dans notre personnalité, et plus particulièrement dans la personnalité hypocondriaque, les préoccupations hypocondriaques, les douleurs psychopathiques paraissent ainsi chez eux « plus appropriées à la personnalité » (M. Guiraud).

Nous avons vu la notion de schéma corporel se substituer en partie à celle de cénesthésie et même au dé-

3. « Le temps n'est pas un processus réel... Il naît de mon rapport avec les choses. Le passé et l'avenir, d'eux-mêmes se retirent de l'être et passent du côté de la subjectivité pour y chercher non pas quelque support réel, mais, au contraire, une possibilité de mon être qui s'accorde avec leur nature. » (MERLEAU-PONTY, ouv. cité, p. 471.)

part emprunter une commune définition. Lorsque M. Lhermite dit « que c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et le monde qui nous entoure », nous pensons qu'il convient de distinguer, selon les données de l'imagination corporelle, deux schémas : l'un, de spatialité, l'autre, de forme. Le premier est un schéma d'action; car si « à l'origine de notre activité, à la source de toutes nos sensations et de nos perceptions nous retrouvons toujours la notion d'espace »[4], c'est à l'accord de notre spatialité corporelle à l'espace que par nos moyens d'action nous donnons, resumés dans un éprouvé spatial et dans un schéma abstrait une valeur dynamique à notre moi corporel.

Le second schéma, plus statique, plus formel, — Image pour-autrui, — offre moins le caractère de spatialité que celui de présence corporelle significative. Que l'existence d'une telle forme conditionne et justifie en partie l'existence corporelle, parmi différentes composantes imaginaires de notre corps, nous permettrait de comprendre que chez les malades niant leur existence corporelle, leurs négations mêmes apparaissent comme la perte d'un schema. Mais ce schéma lui-même intégré et conditionné par l'existence de l'être pour-autrui n'est qu'un élément, une forme entrainée dans la néantisation de l'être, dont l'existence implique et contient les germes de sa néantisation.

La notion de schéma corporel est une notion psychologique qui ne permet d'expliquer certaines formes cliniques d'altération de la personnalité que par la prévalence, l'émancipation du contenu structural qu'elle suppose. Mais elle ne peut se scinder totalement des autres composantes imaginaires de notre corps en une existence absolument autonome.

4. LHERMITTE : De l'image corporelle et de ses déformations morbides. *J. de Psychol.*, 1940-41.

Il semble enfin qu'entre les différentes composantes imaginaires de notre corps se fasse une certaine hiérarchisation. Notre corps appréhendé d'une part comme « éprouvé vital, atopique et aspatial », d'autre part comme lieu de spatialité comparative; il est tentant d'attribuer une plus grande différentiation à la « forme » comparative, discriminative, schématique, sans pour cela qu'a cette distinction corresponde nécessairement une différentiation anatomique évidente.

CONCLUSIONS

L'étude des travaux de Dupré nous a montré que le terme de cénestopathie définit un certain type de dysesthésies, localisées, qui par leur fixité, leur persistance inquiètent les malades entrainant chez eux la conviction d'une altération étrange, inexplicable, de certains territoires organiques.

L'originalité du syndrome clinique ainsi réalisé tient à ce que les malades ne présentent, dans une telle acception, ni troubles organiques périphériques décelables, ni troubles mentaux permettant de suspecter la nature psychopathique de la conviction irréductible de ces malades.

Aussi, n'acceptant à la base du syndrome ni une origine somatique « périphérique », ni une organisation psychologique particulière, reconnait-on le plus souvent à l'origine des cénestopathies « des perturbations de la sensibilité des organes ». Mais les sensibilités « organiques » n'ont pas la spécifité qualitative qu'on leur accorde généralement, ou tout au moins cette spécifité dépend plus de facteurs psychologiques particuliers que d'apports sensitifs différenciés.

Nous nous sommes attachés dans cette étude à montrer, dans la genèse du trouble cénestopathique, l'importance de la majoration des phénomènes psychologiques. Car plus que la perception de sensations « pu-

res » dépourvues de toute signification, nous parait fondamentale la conviction que les malades ont de la réalité de leurs troubles.

L'analyse phénoménologique de la sensation démontre que celle-ci ne peut être considérée comme un apport passif dépourvu de signification. L'étude des cénestopathies montre qu'entre le trouble le plus élémentaire de la sensation et le trouble le plus élaboré dans la sphère de la signification se trouvent tous les intermédiaires conférant aux formes extrêmes un rapport de continuité et non de simple contiguïté.

A chacune de ces formes extrêmes correspond un mode différent d'appréhension des cénestopathies : d'une part les cénestopathies apparaissent comme un trouble élémentaire, un symptôme analogue sinon identique aux dysesthésies (« une espèce du genre paresthésies »), d'autre part les cénestopathies peuvent être considérées comme une atteinte de la sphère de la signification, un syndrome caractéristique d'un mode particulier d'altération de la personnalité.

La notion psychologique de cénesthésie est, dans les interprétatons sensualistes, le résultat des apports de la sensibilité organique. Celle-ci étant supposée vectée par des voies propres, il en résulte qu'une altération de ces voies produit les phénomènes localisés décrits par Dupré; mais d'autre part la cénesthésie est, dans son acception psychologique primitive, l'ensemble des sensibilités organiques (donnée immédiate et globale qui ne se laisse pas réduire à ses éléments). Cette donnée sensitive globale résulte dans cette perspective mécaniciste, du fonctionnement de « centres cénesthésiques ». L'atteinte de ces « centres » produit une altération globale de l'aperception sensitive du corps qui est l'origine (dans cette interprétation sensualiste) de délires de négation, de certaines formes d'hypocondrie, voire même de certains troubles du « schéma corporel » qui par leur origine « cénesthésique » sont groupés sous le terme de cénes-

topathie, bien que ne comportant pas le caractère localisé sur lequel avait insisté Dupré dans ses définitions.

Les cénestopathies sont déterminées, suivant la conception de Dupré par « des perturbations de la sensibilité centrale des organes semblant intéresser les territoires cérébraux de projection ». Elles ont « pour attributs fondamentaux leur caractère fonctionnel anorganique indépendant de toute lésion pathogène saisissable et enfin, une existence autonome dans les cas purs et typiques de toute réaction psychopathique associée ». Or aucune des observations publiées depuis les travaux de Dupré ne correspond rigoureusement à ces exigences, et l'on voit les troubles les plus divers rassemblés sous le terme de cénestopathie. A titre d'exemple nous reproduisons quelques observations, parmi celles qui se rapprochent le plus des cas « purs ».

Leurs caractères physio-pathologiques les plus saillants ont permis de les grouper dans les catégories suivantes :

1) Cénestopathies symptômatiques d'affections neurologiques. Les troubles allégués par les malades de cette catégorie échappent à la définition des cénestopathies par leur « organicité ». Quant à la qualité de ces troubles, rien ne permet de les distinguer des dysesthésies. Les réactions des malades vis-à-vis de leurs troubles n'impliquent pas une croyance absolue en une altération des organes. Si ces malades présentent des altérations psychopathiques, celles-ci paraissent dépendre d'une structuration propre, indépendante des troubles sensitifs.

Une autre catégorie de malades neurologiques, classés sous la rubrique cénestopathies, présentent en fait des troubles du « schéma corporel ». Ceci tient à ce que les observations mentionnant de tels faits sont

antérieures aux travaux de Schilder, Van Bogaert, Lhermitte. Toutefois ce lien de parenté entre les troubles de la « cénesthésie » et ceux du « schéma corporel » correspond non seulement à un type commun d'explications, mais nous semble-t-il à un mode connexe de référence psychologique.

2) Cénestopathies dites légitimes. Elles correspondent à des troubles somatiques ou biologiques réels. L'état de mal-être qui en résulte, s'il est la manifestation d'une perturbation de la « cénesthésie » se montre en étroite correlation avec une organisation psychologique qui traduit soit des tendances hypocondriaques soit une hyperémotivité avec anxiété qui est le plus souvent, sinon toujours, l'expression d'une intégration névrotique de ces sujets.

3) Cénestopathies avec troubles mentaux associés. Elles constituent la majorité des syndromes cénestopathiques. La croyance en une altération, en une modification fixe et persistante de certains territoires corporels, basée sur la perception de « sensations organiques anormales », n'apparait en effet qu'à l'occassion d'une atteinte de la personnalité. L'étude des rapports des cénestopathies et des altérations psychopathiques de la personnalité nous montre leur étroite dépendance.

La prise de conscience de notre corps, de sa réalité, implique d'une part une prise de position ontologique et d'autre part se réfère à une forme psychologique (au sens de Gestalt), nœud originaire de significations imaginaires primitives. La multiplicité de celles-ci et de leurs connexions se résoud en une « réalité » significative de l'être, en une dimension structurale de la personnalité.

Nous avons montré que le plus grand nombre des cénestopathies étaient associées à des troubles mentaux et qu'elles étaient dispersées dans les formes psychopathiques les plus diverses. Que la perturba-

tion de sensibilités organiques soit l'unique origine de ces différentes formes nous parait une explication insuffisante. Il semble plus satisfaisant de considérer l'expression originale de ces différentes formes psychopathiques comme étant le résultat de l'épanouissement de particularités psychologiques apparues à la faveur d'un trouble général de la personnalité qui en assure la permanence et la prévalence. Celui-ci, variable, mais souvent de nature post-mélancolique, comporte d'autres facteurs tels qu'arriération affective et un certain degré de débilité mentale.

Enfin le mode de référence commun aux composantes imaginaires de Notre-Corps constitue un lien entre les différentes « affections cénesthésiques ». La primauté accordée à certaines de ces composantes par chacune de ces « affections » permet de distinguer ces dernières; les cénestopathes, par leurs caractères propres constituent « une véritable famille de malades » dont les traits majeurs garantissent sa relative autonomie nosologique.

Le Président de la thèse :

RISER

Vu, le Doyen :

LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 10 Octôbre 1949

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

A. — *PRINCIPALES PUBLICATIONS CONCERNANT LES CENESTOPATHIES, SUIVANT L'ORDRE CHRONOLOGIQUE DE LEUR PARUTION.*

1. DUPRÉ et CAMUS: Les Cénestopathies. *Encéphale,* 1907, p. 616.
2. DUPRÉ et CAMUS. — Congrès de Genève. *Encéphale,* 1907, p. 231.
3. BLONDEL et CAMUS. — Cénestopathie à localisation céphalique. *Encéphale,* 1909, I, p. 595.
4. DE CLÉRAMBAULT. — Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique. *A. M. P.,* 1909, p. 220.
5. DUPRÉ et LONG-LANDRY. — Cénestopathies (Soc. de Psych., 17 mars). *Encéphale,* 1910, I, p. 466.
6. TISSOT. — Délire de persécution à base cénestopathique. *A. M. P.,* 1910, p. 392.
7. MAILLARD. — Les différentes espèces de douleurs psychopathique. (Congrès d'Amiens, 1911.)
8. PICQUE. — Les fausses cénestopathies. (Soc. de Psych., 19 janvier 1911).
9. CAMUS. — Cénestopathie et psychose maniaco-dépressive. (Soc. de Psych., 19 décembre 1912.) *Encéphale,* 1913, p. 83.
10. DUPRÉ. — Les cénestopathies. *Mouvement médical,* I, 1913.
11. MERKLEN et DEVAUX. — Notions sur les cénestopathies. *Médecine moderne,* 1913.
12. BAVELAER. — Les Cénestopathies. Thèse Paris, 1914.
13. DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du Médecin praticien.* Masson, 1922.
14. DUPOUY, SCHIFF et Mme REQUIN. — Idées de négation dans un cas d'encéphalite épidémique chronique. *Encéphale,* 1924, p. 256.
15. DUPRÉ. — *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.* Payot, 1925.
16. GUIRAUD. — Hypothèse sur le mécanisme pathogénique des délires chroniques. *Encéphale,* 1925, p. 663.
17. PERCIVAL, BAILEY, MONTASSUT et CENAC. — Cénestopathie et périodicité. *Encéphale,* 1926, p. 487.
18. MONTASSUT, LAMACHE et RUBLENS. — Réactions vaso-motrices chez les cénestopathes. (Soc. de Psych., 18 mars 1926.)
19. LAFORGUE, PARCHEMINEY. — Conflits psychiques et troubles organiques. *Evolution Psychiatrique,* T. II, 1927.

20. MINKOWSKI. — Contribution à l'étude du syndrome d'automatisme mental. Automatisme mental et cénestopathie. *A. M. P.*, 1927, p. 104.
21. COURBON, VIE. — Cénestopathie ou topoalgie intermittente. *Encéphale*, 1927, p. 591.
22. LÉVY-VALENSI, LARGEAU et MARIE. — Idées de négation avec troubles cénesthésiques. *Encéphale*, 1927, I, p. 136.
23. LAIGNEL-LAVASTINE, RAVIER. — Cénestopathie pure diffuse chez un malade à lombalisation douloureuse de la première sacrée avec spondylolisthésis. *Encéphale*, 1927, II, p. 701.
24. MALLET, MALE. — Délire cénesthésique. *A. M. P.*, 1930. (Séance du 28 juillet.)
25. MALLET, GOURIOU. — Délire cénesthésique. *A. M. P.*, 1931, I, p. 521.
26. GELMA. — Douleurs obsédantes sans cause lésionnelle locale. Librairie Universitaire d'Alsace, 1931.
27. MALLET, MALE. — Délire cénesthésique (prurit hallucinatoire). *A. M. P.*, 1931, p. 272.
28. GOURIOU, MONDAIN. — Pseudo-cénestopathie (algie pyorrhéique anxiogène). *A. M. P.*, 1931, p. 524.
29. MAY. — Anomalies capillaires et tares mentales. *Revue critique de Pathol. et de Thérapeutique*, août 1932.
30. BARUK et RACINE. — Contribution à l'étude des cénestopathies. *Revue Neurol.*, 1935, T. II.
31. MONTASSUT. — Les formes mineures de la mélancolie périodique. *Arch. Int. de Neurol.*, 1936.
32. LONGUET. — Les formes monosymptomatiques de la mélancolie intermittente. Thèse Paris, 1937.
33. RISER, TAPIE, GÉraud. — De la pathogénie de l'anorexie mentale et des cénestopathies. (Congrès des Médecins aliénistes, Montpellier, 1942.)
34. DE AJURIAGUERRA, HECAEN, EY. — Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie. (Réunion de Bonneval, 1942.) Hermann, édit., 1947.
35. DE AJURIAGUERRA. — Cénestopathie faciale droite périodique. *A. M. P.*, 1945, T. II.
36. DE AJURIAGUERRA et HÉCAEN. — Les troubles cénesthésiques dimidiés. Leurs rapports avec les hémialgies. *Revue Médicale Française*, août 1946.
37. BARBE. — Cénestopathies et mélancolie. *Bul. Ac. de Médecine*, 4 novembre 1947.
38. RISER, GAYRAL, LABOUCARIE, PIGASSOU. — La symptomatologie « cénestopathique » au cours des atteintes radiculo-médullaires cervicales. (Congrès des Médecins aliénistes, Marseille, 1948.)
39. AUBIN et GACHKEL. — Nosophobies prémonitoires. *A. M. P.*, juin 1949, p. 64.
40. MINKOWSKI. — Rationalisme morbide et schéma corporel. *A. M. P.*, juillet 1949.

B. — *HYPOCONDRIE.*

41. ABADIE. — Hypocondrie. Constitution arganique. (Congrès de Lille, 1930.)
42. CLAUDE. — Les délires systématisés hypocondriaques. *J. des Praticiens*, 15 mars 1924.

43. COURBON. — Hypocondrie et pathologie de désœuvrement. *A. M. P.*, 1931, p. 337.
44. A. DELMAS. — Les rapports de l'hypocondrie et de la constitution paranoïaque. *A. M. P.*, 1931, p. 337.
45. DEVAUX et LOGRE. — *Les Anxieux.* Un vol., 1917.
46. H. EY. — Délires hypocondriaques. (Conférence Sainte-Anne, 1947.)
47. GILBERT-BALLET. — *Traité de Pathologie mentale* (1903).
48. HESNARD. — Le mécanisme psychanalytique de la névrose hypocondriaque. *Revue Fse de Psychanalyse*, 1929, n° 3.
49. KRISHABER. — *La névropathie cérébro-cardiaque.* Masson 1875.
50. LAIGNEL-LAVASTINE, VINGHON. — Le problème de l'intervention chirurgicale chez une malade organique à tendances hypocondriaques. (Soc. de Psych., 15 novembre 1923.)
51. LÉVY-VALENSI. — Hypocondrie sans délire. S. H. 22 mai 1929.
52. LÉVY-VALENSI. — Cénesthésie et délire. S. H. 31 mai 1929.
53. MAEDER. — Psychanalyse et pathologie générale. *Encéphale*, 1924.
54. MONTASSUT. — *La dépression constitutionnelle.* Masson, 1938.
55. NATHAN. — *Les malades dits imaginaires.* Un vol. Doin, 1931.
56. NATHAN. — L'hypocondrie de couverture. *Monde Médical*, 1931.
57. ROY. — De l'Hypocondrie. (Rapport Congrès de Rennes, 1905.)
58. SICCO. — Hipocondria y manifestaciones hipocondriacas. (Lima. Congrès Panaméricain, 1939.)
59. VINGHON. — Les épines digestives de l'hypocondrie. *Phare Méd. de Paris*, nov. 1941 et janv. 1942.

C. — *DELIRES DE NEGATION. SCHEMA CORPOREL.*

60. VAN BOGAERT. — Sur la pathologie de l'image de soi. *A. M. P.*, 1934, p. 519.
61. BONNIER. — L'Aschématie. *Revue Neurologique*, 1905.
62. DENY et CAMUS. — Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. *Revue Neurologique*, 1905, p. 461.
63. H. EY. — Idées et délires de négation. (Conférence Sainte-Anne, 1947.)
64. HECAEN. — Le schéma corporel et ses troubles. *Evolution Psychiatrique*, II, 1948.
65. LHERMITTE. — L'image de notre corps. *Nouvelle Revue critique*, 1939.
66. LHERMITTE. — De l'image corporelle et de ses déformations morbines. *Journal de Psychologie*, 1940-41, p. 321.
67. LHERMITTE et TISON. — Syndrome sémiologique compliqué d'altération de l'image corporelle. *A. M. P.*, 1943, II, p. 363.
68. MOURGUE. — L'image de notre corps. *Encéphale*, 1940-41, p. 339.
69. SÉGLAS. — *Le délire des négations.* Masson, 1897.
70. A. THOMAS. — L'image de mon corps. *Revue Neurologique*, 1942, p. 1.

D. — *PSYCHOLOGIE.*

71. BEAUNIS. — *Traité de Physiologie* (1888).
72. BERTRAND. — L'aperception du corps humain par la conscience. Th. Paris, 1880.

73. BURLOUD. — L'assimilation et le schématisme. *Revue Philosophique*, 1933, p. 362.
74. DUGAS. — La cénesthésie. *Journ. de Psychol.*, 1924.
75. DURET. — *L'objet de la perception.* Alcan, 1929.
76. DURET. — *La croyance dans la perception.* Alcan, 1929.
77. FAURE FREMIET. — Divers aspects de l'objectivité. *Revue Phil.*, 1949.
78. JANET. — *L'évolution psychologique de la Personnalité.* Chahine. Paris, 1929.
79. ST. MILL. — *Examen de la philosophie de Hamilton.* Paris, 1869.
80. MINKOWSKI. — Analyse de soi. *Journ. de Psychol.*, juillet - septembre 1948.
81. MERLEAU-PONTY. — *Phénoménologie de la perception.* Gallimard, 1945.
82. REVAULT D'ALLONNES. — *La schématisation.* Traité de Psychol. Dumas. T. IV, p. 258.
83. RUYER. — *La conscience et le corps.* Alcan, 1937.
84. SOLLIER. — Le sentiment cénesthésique. (Rapport au VI^me^ Congrès de Psychol., Genève, 1909.)
85. TAINE. — Sur les éléments et sur la formation de l'idée du moi. *Revue Phil.*, I, 1876.

E. — *PSYCHOPATHOLOGIE. GENERALITES. DIVERS.*

86. P. ABELY. — *L'Anxiété.* Masson, 1947.
87. BLONDEL. — *La Conscience morbide.* Alcan, 1914.
88. VAN BOGAERT. — L'Hallucinose pédonculaire. *Revue Neurol.*, 1927, T. I, p. 608.
89. BOUTONNIER. — *L'Angoisse.* Alcan, 1945.
90. BRISSAUD. — Les douleurs d'habitude. (Congrès de Bruxelles, 1903, p. 251.)
91. DE BUCK. — L'origine périphérique des psychoses. *Bul. de la Soc. de Médec. mentale de Belgique*, 1904, n° 115.)
92. DE BUCK. — La psychologie de Janet et la théorie de Storch-Foerster. *Journ. de Neurol.*, 1904, n° 9.
93. CABANIS. — *Rapports du physique et du moral.* (L. Peisse). 1844.
94 CLAUDE et H. EY. — *Evolution des idées sur l'Hallucination. Position actuelle du problème.* Encéphale 1932 T. I p. 361.
95 CLAUDE et H. EY. — *Hallucinose et Hallucination.* Encéphale 1932. T. 2 p. 576.
96 DEJERINE. — *Sémiologie des affections du système nerveux.* (2ème éd. Masson 1926).
97 EY. — *Les problèmes physiopathologiques de l'activité hallucinatoire.* Evolution Psychiatrique 1938.
98. EY. — *Etudes Psychiatriques.* Desclée de Brower, 1948.
99. GUIRAUD. — *Troisième ventricule et psychisme.* A. M. P. 1944. T. I p. 392.
100 HERZEN. — *Le cerveau et l'activité cérébrale.* (I vol. 1887).
101 HESNARD. — *Les troubles de la Personnalité dans les Etats d'Asthénie Psychique* (Thèse Bordeaux 1909).
102 LE BEAU, FELD et BOUVET. — *Sur la résection bilatérale de certaines aires préfrontales (topectomie) dans les troubles mentaux et dans les douleurs irréductibles.* (Revue Neuro 1948. p. 481.

103 E. MEYERSON. — *Identité et réalité.* (Alcan 1908).
104 MINKOWSKI. — *Le temps vécu.* (Collection de l'Evolution Psychiatrique d'Artrey 1933).
105 VON MONAKOW et MOURGUE. — *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie* (Alcan 1928).
106 RADOVICI et WERTHEIM. — *L'électrochoc comme traitement des douleurs irréductibles.* (P. M. 20 août 1949).
107 SARTRE. — *L'être et le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique* (Gallimard 1943).
108 SARTRE. — *L'Imaginaire. Psychologie phénoménologique de l'imagination.* (Gallimard 1940).
109 SARTRE. — *L'Imagination.* (Alcan 1936).
110 SOULA. — *Precis de Physiologie.* (Masson 1947).
111 VERNET. — *La sensibilité organique.* (Flammarion 1948).

TABLE DES MATIERES

PRÉFACE 9

INTRODUCTION 11

PREMIÈRE PARTIE

— Documentation 15

— Les travaux de Dupré :

1. Description du Syndrome 22
2. Situation nosologique initiale des cénestopathies .. 25
3. De la notion de cénesthésie 29
4. De la définition des cénestopathies 33

— Diversité nosologique des cénestopathies 36

DEUXIÈME PARTIE

— Essai de classification des cénestopathies 45

1. Cénestopathies symptomatiques d'affections neurologiques 46
2. Les cénestopathies dites « légitimes » 53
3. Cénestopathies et troubles mentaux associés 57
4. Cénestopathies dites « essentielles 69

— Rapports des cénestopathies et des altérations psychopathiques de la personnalité 74

TROISIÈME PARTIE

— Le Corps, dimension psychologique de notre personnalité (base de la pensée cénestopathique) 81

— La personnalité des cénestopathes 90

CONCLUSIONS 101

BIBLIOGRAPHIE 107

A. a. 34 Dép. lég. 4e trim. 49.

Imprimerie Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières, Toulouse.